1/7
Back

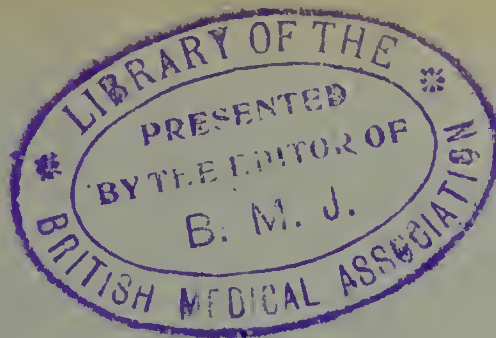
P. Rudaux

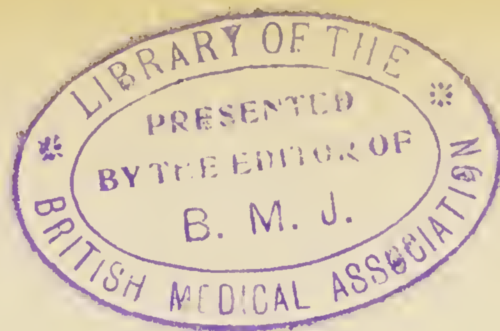
A. Grosse - V. Le Lorier

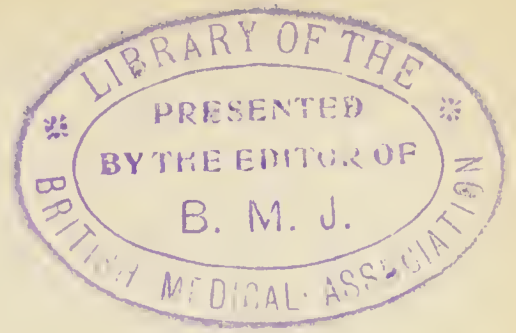
Clinique et Thérapeutique Obstétricales du Praticien

VIGOT FRÈRES ÉDITEURS


22102174829


LIBRARY OF THE
PRESENTED
BY THE EDITOR OF
B. M. J.
BRITISH MEDICAL ASSOCIATION





CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALES DU PRATICIEN

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

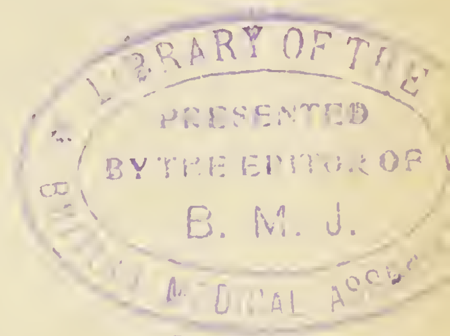
Précis élémentaire d'anatomie, de physiologie et de pathologie, *in-8 cartonné avec 538 figures* (Masson et Cie, éditeurs) . . . . **9** fr. »

Consultations et formulaire de thérapeutique obstétricale, *in-18 cartonné* (De Charmoy, éditeur) . . . **4** fr. **50**

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
OBSTÉTRICALES
DU PRATICIEN

PAR

P. RUDAUX
Accoucheur des Hôpitaux de Paris



AVEC LA COLLABORATION DE

A. GROSSE
Professeur suppléant d'accouchements à l'École de Médecine de Nantes.

V. LE LORIER
Ancien Chef de Clinique d'Accouchements à la Faculté de Médecine de Paris.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
—
1913

PRÉFACE

Le titre de ce livre, *Clinique et Thérapeutique obstétricales du praticien*, indique nettement l'esprit suivant lequel il a été conçu ; son titre seul pourrait lui servir de préface.

Mettre entre les mains du médecin en lutte avec les difficultés de la pratique un guide qui lui permette dans tous les cas de « poser un diagnostic exact et d'appliquer une thérapeutique rationnelle », tel est le but de cet ouvrage.

Ce n'est pas un traité d'accouchement, pas davantage un précis. Il ne faut y chercher ni l'historique d'une question, ni l'exposé des théories pathogéniques, ni des descriptions anatomo-pathologiques ; par contre, nous avons donné un grand développement au diagnostic, en insistant particulièrement sur les signes qui permettent de le poser avec précision, et en laissant de côté ceux qui n'ont qu'une valeur relative. Mais c'est surtout la thérapeutique obstétricale que nous avons tenu à exposer en détail. La thérapeutique pratique doit comprendre à la fois l'étude des indications et l'étude des méthodes opératoires ; nous avons de parti pris laissé de côté les procédés inefficaces ou dangereux pour n'exposer que les meilleurs comme résultats et les plus faciles comme application.

Il existe à l'heure actuelle des traités d'accouchement

nombreux et excellents, nous avons voulu que cet ouvrage ne fasse pas avec eux double emploi, mais vienne au contraire les commenter, en quelque sorte, en donnant à propos de chaque indication thérapeutique ou de chaque intervention les détails les plus minutieux, qu'il est impossible de demander à un traité ou à un précis d'obstétrique. En revanche, presque toujours nous supposons connus les instruments à employer et les grandes lignes de leur application, dont nous exposons uniquement la technique sans crainte d'être trop complets, voire même terre à terre. Chaque fois que l'occasion s'est présentée, nous avons cru devoir décrire une *méthode de choix* et une *méthode de nécessité.*

Nous n'ignorons pas les imperfections de cet ouvrage; l'ordre alphabétique notamment, que nous avons adopté dans sa composition, est des plus critiquables, nous le savons, mais nous avons voulu que notre livre constitue une sorte de dictionnaire de pratique obstétricale où l'on pût trouver instantanément, pour ainsi dire, les renseignements cherchés sans même avoir à parcourir une table des matières.

Ce livre est écrit par des praticiens et pour des praticiens; c'est à ces derniers de nous dire s'il leur rend service.

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
OBSTÉTRICALES
DU PRATICIEN

ACCOUCHEMENT NORMAL

Préparatifs à faire avant l'accouchement. — Deux mois environ avant le terme présumé de la grossesse, le praticien doit avoir la précaution de dresser la liste des différents objets qui seront nécessaires au moment de l'accouchement et de faire l'ordonnance des médicaments et produits pharmaceutiques. Il est prudent d'exiger que tout soit au domicile de la femme un mois ou trois semaines avant la date probable (270 jours après la fin des dernières règles). Afin de ne rien oublier, le médecin se trouvera bien d'avoir toujours à sa portée une liste du genre de celle que nous indiquons.

I. — *Objets.*

1° Une toile imperméable (pour couvrir le lit).

2° Un laveur en tôle émaillée d'une contenance de deux litres.

3° Un bassin plat émaillé d'une contenance minima de trois litres.

4° Trois cuvettes ou récipients (l'une destinée au savonnage des mains ; la seconde à recevoir un liquide antiseptique ; la troisième à contenir la lotion avec des carrés de coton pour les toilettes vulvaires).

5° Une brosse à main avec dos en bois.

6° Une boîte en fer-blanc de 20 centimètres de côté environ (pour y placer le coton hydrophile).

7° Deux canules en verre à plusieurs trous.

8° Un récipient couvert d'une grande capacité (pour l'eau bouillie).

9° Une éprouvette en verre avec couvercle ou un petit bocal destiné à recevoir la canule, qui sera conservée dans un liquide antiseptique.

10° Un morceau de savon, antiseptique de préférence.

11° Un citron (pour les yeux du nouveau-né) à moins qu'on ne préfère ou qu'il ne soit indiqué d'instiller un collyre spécial.

Une grande marmite destinée à faire bouillir de l'eau ; on la mettra sur le feu dès le début des douleurs.

Une balance pèse-bébé.

Un mètre de fil de lin, dit de cuisine, pour la ligature du cordon. Ce fil devra être bouilli pendant la durée du travail.

Plusieurs draps et serviettes.

II. — *Pharmacie.*

1°	Paquets de sublimé du Codex : ou	
	Sublimé corrosif.	0,50 centigrammes.
	Acide tartrique	1 gramme.
	Matière colorante	Q. S.
		Pour un paquet N° 20
2°	Alcool	200 grammes.
3°	Vaseline stérilisée ou antiseptique . .	50 —
4°	Coton hydrophile (en paquets de 125 gr.)	500 —

Ces médicaments sont indispensables, mais pour obtenir une antisepsie encore plus parfaite, il est bon d'avoir également à sa disposition :

Un *savon antiseptique* (au lusoforme, au sublimé, à l'aniodol, à l'ichtyol, etc.).

De la *gaze stérilisée* ou *antiseptique* pouvant servir soit à faire un pansement vulvaire, s'il y a déchirure vulvo-périnéale, soit à pratiquer un tamponnement vaginal.

Une *solution antiseptique*, comme la liqueur de Van Swieten, ou un liquide antiseptique concentré, pouvant servir à préparer des solutions étendues.

Enfin pour parer à certains incidents ou complications, fréquents au cours de l'accouchement, il est prudent d'avoir :

Du *chloroforme*, pour calmer des contractions trop fréquentes ou pour permettre une intervention.

De l'*ergotine*, pour lutter contre une hémorragie survenant après la délivrance lorsque les injections chaudes à 48° ou l'introduction de la main dans l'utérus ne l'arrêtent pas.

Des *crins de Florence* pour suturer le périnée.

De l'*éther*, de l'*huile camphrée à 1 p. 10* en ampoules, destinés à combattre l'état syncopal.

Du *sérum artificiel* pour remonter un état général affaibli par une perte sanguine abondante.

De la *farine de moutarde* pour ranimer le nouveau-né.

L'ordonnance idéale, qu'il n'est pas possible de prescrire à toutes les familles à cause de son prix de revient, mais qui permet de parer à toutes les éventualités, est la suivante :

I. — *Produits pharmaceutiques nécessaires.*

1° Liqueur de Van Swieten. . . .	3 litres
2° Solution antiseptique :	
Goménol	50 grammes
Formol.	50 —
Alcool..	250 —
Glycérine.	Q. S. p. 500 grammes
Une cuillerée à café pour un litre d'eau.	
3° Alcool pour flamber	200 grammes
4° Vaseline stérilisée	30 —
5° Coton hydrophile stérilisé en paquets de 125 grammes.	500 grammes
6° Soie plate grosse stérilisée . .	0,50 centim.
7° Poudre de talc	250 grammes
8° Un savon antiseptique.	
9° Collyre pour les yeux :	
Nitrate d'argent	0 gr. 10
Eau distillée.	10 grammes

II. — *Produits pharmaceutiques de secours (pouvant être prêtés par le pharmacien).*

Ergotine Yvon ou Ergotine de Tanret.	Une ampoule
Chloroforme.	60 grammes
Crins de Florence gros	Un tube de six
Sérum artificiel . . . . avec tube et aiguille stérilisés.	Une ampoule de 500 cc³.
Éther et huile camphrée à 1 p. 10.	Trois ampoules de chaque
Farine de moutarde.	250 grammes
Gaze stérilisée en bande. . . .	Un flacon

Conduite à tenir pendant l'accouchement. — Nous prendrons comme exemple la présentation du sommet, de beaucoup la plus fréquente dans la pratique journalière, puisqu'on la rencontre 95 fois sur 100.

Deux cas se présentent en clinique : dans l'un il s'agit d'une femme, qu'on a suivie pendant toute la grossesse et chez laquelle on a la certitude que le *fœtus est bien placé*, certitude qui repose uniquement sur les constatations de son engagement dans le petit bassin ; dans l'autre cas, c'est la première fois qu'on est appelé auprès de la femme en travail, ou bien on a reconnu et noté, lors du dernier examen, que l'enfant n'était pas engagé, qu'il était très mobile au-dessus du détroit supérieur ; peut-être même se présentait-il vicieusement et a-t-on été obligé de modifier sa présentation par des manœuvres externes et d'appliquer une ceinture destinée à maintenir la situation dans laquelle on l'a placé. Dans cette deuxième catégorie de faits, un premier devoir s'impose : *s'assurer que le fœtus se présente toujours normalement*, sinon il faudrait aussitôt parer à ce premier danger, s'empresser de rectifier la mauvaise présentation et maintenir la réduction obtenue en appliquant un bandage eutocique ; nous ne pouvons entrer dans plus de détails sur ce sujet pour le moment.

L'enfant est bien placé et l'auscultation nous révèle qu'il est vivant, la femme est-elle vraiment en travail ? Nous ne

pourrons qu'avoir des présomptions, car nous ne sommes pas encore prêts pour faire un toucher vaginal, qui seul peut nous fournir la certitude. Nous le supposerons cependant, si la femme accuse des douleurs régulières et intermittentes correspondant avec des contractions de l'utérus et si elle a expulsé des glaires sanguinolentes (bouchon du col), nous devons nous livrer aux préparatifs qui vont nous permettre de donner à la parturiente tous les soins exigés par son état. Munis de notre trousse obstétricale, que nous avons dû emporter, nous nous assurerons qu'on s'est procuré tout ce que nous avons prescrit en vue de l'accouchement, matériel et produits pharmaceutiques, sinon il faudrait aussitôt en établir la liste et envoyer chercher tous ces objets.

Une fois en leur possession, nous plaçons dans une grande bassine le bock à injection, son tube de caoutchouc, deux canules vaginales en verre et la brosse à main; après l'avoir remplie d'eau, nous la mettons sur le feu pour soumettre le tout à une ébullition d'une vingtaine de minutes. Un autre récipient couvert, bouilloire, marmite, etc., est également rempli d'eau et placé sur le feu; cette eau devra bouillir pendant vingt minutes au moins avant d'être versée dans un broc couvert qu'on ébouillantera auparavant, et on la laissera refroidir pour avoir une certaine provision d'eau bouillie froide. Le même récipient sera rempli et placé de nouveau sur le feu pour avoir à sa disposition une assez grande quantité d'eau bouillie chaude.

Pendant le temps que demandera l'ébullition, nous nous occuperons de faire le lit ou nous donnerons les indications pour qu'il soit fait de la façon suivante : sur le matelas on placera une grande toile caoutchoutée qui en couvrira toute la largeur et qui sera fixée sur ses parties latérales par des épingles de nourrice; on mettra ensuite un drap propre ; sur ce drap seront disposées une toile caoutchoutée de moins grande dimension (1 mètre sur 1 mètre par exemple), puis une alèze (drap plié en quatre ou en huit). Si l'on n'avait à sa disposition qu'une seule toile imperméable,

on pourrait remplacer la deuxième par du fort papier (papier dit d'emballage) disposé dans le milieu de l'alèse. Le lit est ensuite terminé comme d'habitude. La femme changera de linge et mettra une chemise de nuit ample ou une chemise de jour et une camisole ; elle se nattera ou se fera natter les cheveux.

On se procurera une table assez grande pour supporter deux cuvettes ; l'une destinée à contenir le liquide antiseptique, sublimé le plus souvent, pour l'usage des mains, l'autre une solution également antiseptique dans laquelle seront placés des carrés de coton hydrophile pour les toilettes vulvaires. Sur cette table on placera également le récipient contenant le fil à ligature aseptique ; un bol, qu'on flambera plus tard et dans lequel on mettra au dernier moment de l'eau bouillie tiède et quelques boulettes de coton pour faire avec un peu de savon la toilette des yeux du nouveau-né ; un petit plateau ou à son défaut une assiette creuse devant contenir une paire de ciseaux, deux pinces à forcipressure et le tube insufflateur ; ces divers instruments seront également stérilisés par le flambage quelques instants avant l'accouchement.

Cette table sera placée à la portée de l'accoucheur.

On demandera deux serviettes, éponge de préférence, qu'on disposera devant un foyer en hiver, car elles sont destinées à envelopper l'enfant après la section du cordon.

Pendant le temps qu'ont nécessité tous ces préparatifs, on aura été surveiller les récipients placés sur le feu, ils seront enlevés après vingt minutes d'ébullition ; l'eau sera versée dans le broc destiné à cet usage, et celui-ci sera placé au besoin dans un baquet d'eau froide ou dans une baignoire pour en abaisser la température. On peut alors utiliser cette eau d'abord pour faire prendre un lavement évacuateur, si l'intestin n'a pas fonctionné depuis vingt-quatre heures, puis pour donner à la parturiente les premiers soins que commande l'accouchement prochain. On préparera une injection tiède ; si l'on emploie la liqueur de Van Swieten,

on mettra un demi-litre de ce liquide et un litre et demi d'eau dans le bock; si l'on n'a à sa disposition que des paquets de sublimé de 0 gr. 25, on jettera deux paquets dans deux litres d'eau bouillie et on agitera le liquide.

On préparera d'autre part, dans une cuvette flambée, une solution antiseptique étendue, quelques tampons de coton hydrophile et un morceau de savon. La femme sera placée sur un bassin, les cuisses bien écartées, et on fera un savonnage du Mont de Vénus, de la face interne des cuisses et des régions vulvaire et périnéale, puis on donnera l'injection vaginale. La vulve sera ensuite recouverte d'une nappe de coton hydrophile.

Lorsque tous ces soins seront terminés, on veillera aux préparatifs des objets d'habillement de l'enfant et du berceau, on mettra dans celui-ci une boule d'eau chaude, entourée d'une serviette épaisse ou d'une housse spéciale pour éviter les brûlures.

Nous avons envisagé le cas où l'accoucheur est seul ; s'il dispose d'une garde, c'est elle qui sera chargée sous sa surveillance d'un grand nombre de ces préparatifs : organisation du lit, duberceau, préparation des premiers vêtements, etc. Les injections seront répétées toutes les quatre heures ; l'auscultation sera pratiquée environ toutes les demi-heures pendant la période d'effacement et de dilatation du col. Lorsque celle-ci sera complète, il faudra rompre les membranes, si la rupture ne s'est pas produite spontanément, et ausculter plus souvent, toutes les 10 minutes d'abord, puis, au moment des efforts d'expulsion, toutes les 5 minutes. On ne doit engager la femme à pousser ou lui permettre de pousser qu'après s'être assuré que la dilatation est bien complète ; c'est le meilleur moyen d'éviter les éclatements du col, qui sont souvent une amorce à la déchirure du segment inférieur au cours de l'accouchement actuel et d'un accouchement ultérieur.

Quant à la durée de l'accouchement, rien ne permet de la fixer et il faut bien s'abstenir d'indiquer une heure même

approximative, car il n'est pas rare de voir un travail d'abord très lent se précipiter tout d'un coup et souvent sans causes apparentes ou réciproquement la période d'effacement et le commencement de la dilatation sont parfois rapides et la fin de la dilatation traîne en longueur pour des raisons multiples que nous ne pouvons aborder en ce moment. D'une façon générale, l'accouchement est plus long chez les primipares que chez les multipares ; chez les premières, c'est surtout la période d'expulsion qui retarde la terminaison de l'accouchement ; la question d'âge a peu d'influence et les primipares âgées ne méritent pas leur mauvaise renommée. Plus importante est la variété de position, les postérieures sont fréquemment une cause de lenteur dans la dilatation parce qu'elles sont peu fléchies ; dès qu'on constate par le toucher que la flexion se produit, on a le droit d'espérer une rotation prochaine en même temps que la dilatation se complètera.

Si, pendant la période d'expulsion, on constate des modifications d'intensité ou de nombre dans les battements cardiaques du fœtus, il faut aussitôt faire bouillir dans une poissonnière ou flamber dans un récipient le forceps, afin d'être prêt à intervenir en temps utile. Nous en étudierons du reste plus tard toutes les indications.

L'occiput commence à apparaître à l'orifice vulvaire ; s'il s'agit d'une primipare, nous avons encore du temps devant nous ; si, au contraire, nous sommes en présence d'une multipare, soyons prêts, car en deux ou trois contractions l'utérus peut chasser le fœtus.

Peu avant l'expulsion, nous devrons flamber et remplir les cuvettes, destinées l'une à contenir le sublimé pour les mains, l'autre la lotion pour les toilettes vulvaires, le bol, qui doit renfermer l'eau bouillie pour le lavage des yeux, le bock, en laissant un peu de place pour pouvoir y verser de l'eau chaude au dernier moment, on aura ainsi une injection toute prête en cas de besoin, hémorrhagie après la sortie de l'enfant par exemple. On flambera également les

instruments, ciseaux, pinces et insufflateur, on disposera sur la table le savon et la solution antiseptique, qui doit être instillée dans les yeux du nouveau-né, on peut remplacer ce liquide par du jus de citron, qu'il est toujours facile de se procurer.

Dans les cas où l'on constate à la fin de la période d'expulsion des signes de souffrance du fœtus et surtout dans ceux où l'on est obligé de terminer l'accouchement par une intervention, il est prudent de préparer deux grands récipients, baignoire, bain de pied, cuvette de vaste dimension, etc., l'un sera rempli d'eau chaude, 37 à 38°, l'autre d'eau froide ; on aura aussi sous la main 250 grammes de farine de moutarde. Ces différents accessoires serviront à ranimer l'enfant s'il naît en état de mort apparente ; c'est dans ces circonstances qu'il est prudent également d'avoir à sa disposition une grande quantité de linge bien chaud pour envelopper le nouveau-né.

A la fin de la période d'expulsion la femme sera couchée près du bord du lit, le siège surélevé par un ou deux draps roulés (drap de siège) ; les membres inférieurs seront introduits dans des jambières ou recouverts de serviettes épaisses ; les jambes seront fléchies sur les cuisses, les cuisses fléchies sur le bassin et les membres inférieurs devront être écartés. Le praticien se placera de préférence à *la droite* de la femme, le regard dirigé vers la vulve, il sera tout prêt à retenir avec les doigts réunis de la main gauche la tête fœtale chaque fois que celle-ci semble poussée avec trop de force par des contractions énergiques et répétées de l'utérus et par des efforts immodérés de la parturiente.

Lorsque le bregma apparaîtra au niveau de la commissure postérieure de la vulve, il fera reposer sur le plan du lit le coude et l'avant-bras droit et, suivant le conseil de Varnier, il abattra le pouce de la main droite comme un taquet sur le bregma pour arrêter la progression de la tête ; il recommandera en même temps à la femme de suspendre tout effort volontaire en ouvrant largement la bouche. Avant de per-

mettre la sortie du front, il faudra avec la pulpe des doigts de la main gauche commencer par repousser la commissure antérieure de la vulve vers la nuque du fœtus, puis dégager l'une après l'autre les deux bosses pariétales ; pour cela on refoulera doucement chaque bord tendu de l'orifice vulvaire en commençant par le gauche dans sa partie la plus rapprochée de la commissure antérieure. C'est alors seulement que l'accoucheur va permettre le dégagement du front en faisant pousser modérément la femme en dehors d'une contraction ; dès que la partie la plus saillante de la région frontale apparaît, il devra de nouveau lutter contre une déflexion plus accentuée pour permettre aux tissus vulvo-périnéaux de se distendre au maximum en mettant en jeu toute leur élasticité. La crête frontale une fois dehors, la partie inférieure de la vulve semble glisser sur l'autre versant du front, et, tout en modérant la sortie trop brusque de la face, on apercevra les yeux, puis le nez et enfin la bouche ; le menton pourra être retenu par la commissure postérieure surtout chez les primipares, il suffira alors de glisser l'index droit sous le maxillaire inférieur pour l'amener doucement à l'extérieur.

Le périnée est intact, mais attention, il faudra veiller à la sortie des épaules. C'est en n'y prenant pas garde qu'on pourra agrandir du côté du périnée une simple éraillure de la fourchette ou même l'éclatement normal du bord inférieur de l'anneau hyménéal et de la fosse naviculaire. On devra éviter que les épaules ne franchissent en même temps et trop rapidement l'orifice vulvaire. Si l'épaule antérieure paraît vouloir se dégager la première, on abaissera le plus possible la tête du fœtus, on permettra ainsi à cette épaule de sortir et avec elle le bras correspondant. C'est à ce moment là seulement qu'on relèvera l'extrémité céphalique, qu'on n'a pas abandonnée, pour faire progresser l'épaule postérieure dans le bassin mou et l'amener au niveau de la commissure postérieure ; il faudra de nouveau surveiller le périnée et modérer la sortie de cette épaule.

Il arrive assez fréquemment que le cordon est enroulé autour du cou du fœtus (circulaires du cordon). Si le circulaire est simple et peu serré, on le fera glisser sur les épaules, puis sur le thorax ; si, au contraire, la tige funiculaire s'enroule plusieurs fois autour du cou ou si la cravate qu'elle constitue est très tendue, on appliquera deux pinces à forcipressure à quelques centimètres de distance et on sectionnera entre les deux pinces.

Si la rotation de la tête s'est faite en arrière (occipito-sacrée), on devra modérer la flexion de la tête dans le cas où le front apparaît le premier. Avant de permettre l'expulsion de l'occiput, on aura refoulé la commissure antérieure du côté du sillon naso-frontal et dégagé chaque bosse pariétale en suivant la technique indiquée précédemment. Puis on laissera l'occiput apparaître petit à petit au niveau de la commissure postérieure.

Après avoir nettoyé les yeux de l'enfant, lié et coupé le cordon, placé le nouveau-né enveloppé de linges chauds dans son berceau et à portée des yeux, on fait une toilette vulvaire, puis une injection vaginale.

L'accouchement proprement dit est terminé, maintenant commence la période de délivrance.

Nous n'avons pas, et cela avec intention, parlé de l'anesthésie au cours du travail, car nous la considérons comme inutile et même dangereuse dans l'accouchement normal, le seul que nous avons envisagé. L'anesthésie en obstétrique a ses indications précises quoique restreintes, et nous nous proposons de les étudier dans un chapitre spécial.

Pour le détail des soins à donner au nouveau-né nous renvoyons aux articles Cordon (ligature) et Nouveau-né (soins à donner à la naissance).

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ

L'accouchement prématuré artificiel ou interruption de la grossesse dans les trois derniers mois peut être provoqué

pour deux raisons bien distinctes, qui sont loin d'avoir la même valeur.

Tantôt le but qu'on veut atteindre est de supprimer la gestation dont l'évolution est un danger pour la vie de la femme. Comme l'avortement provoqué, dont il a les mêmes indications, l'accouchement prématuré provoqué doit être considéré dans ce cas comme une méthode thérapeutique commandée par l'intérêt de la mère beaucoup plus que par l'intérêt de l'enfant.

Tantôt, au contraire, c'est pour sauvegarder ce dernier qu'on détermine l'évacuation de l'utérus avant le terme de la grossesse, C'est la conduite qui a été suivie pendant fort longtemps par la majorité des praticiens pour favoriser l'accouchement dans les cas de dystocie pelvienne. Cette méthode opératoire a perdu beaucoup de sa valeur depuis la remise en honneur de la symphyséotomie et surtout de l'opération césarienne. Celle-ci est sans aucun doute à l'heure actuelle l'opération de choix, qui doit être appliquée à la plupart des cas de dystocie ne permettant pas l'expulsion ou l'extraction du fœtus à terme par les voies naturelles. Quoique partisans convaincus de cette intervention, qui plus que toute autre sauvegarde l'enfant en lui permettant de naître à terme sans traumatismes, nous reconnaissons cependant que dans la pratique urbaine et rurale, la seule que nous envisageons dans ce travail, elle n'est pas toujours applicable. Prévue d'avance, elle peut être refusée par la famille, à qui nous avons le devoir de la proposer en lui exposant les avantages certains et les risques possibles qui s'y rattachent. Dans ces conditions, si l'accouchement spontané à terme nous paraît impossible à cause des dimensions restreintes du bassin, l'accouchement prématuré provoqué ne doit pas être rejeté de parti pris, car il a au moins l'avantage d'être moins dangereux pour la mère et pour l'enfant que certaines interventions rendues nécessaires à terme, comme l'application de forceps au-dessus du détroit supérieur et même la version par manœuvres internes.

Nous verrons en étudiant les indications que l'on peut faire rentrer dans cette catégorie la provocation de l'accouchement dans les cas d'excès de volume répété du fœtus et dans certains cas de mort habituelle de ce dernier.

Indications. — 1° *Indications absolues.* — Nous retrouvons dans ce chapitre toutes les indications énumérées à propos de l'avortement provoqué, qui ne comporte que des indications de cette nature. Elles sont constituées soit par l'apparition d'affections ou d'accidents créés par la grossesse elle-même, soit par l'aggravation de maladies chroniques préexistant à la gestation.

Les affections générales déterminées par cette dernière sont presque toutes considérées comme des manifestations de l'auto-intoxication gravidique. Nous ne signalerons que les plus importantes comme les vomissements graves, l'albuminurie, l'ictère, les névroses gravidiques, la chorée.

Les *vomissements dits incoercibles* nécessitent l'interruption de la grossesse « lorsque l'accélération du pouls est telle que le nombre de pulsations par minute s'élève à plus de 100 » (Pinard).

Dans l'*albuminurie* et dans l'*ictère*, on n'interviendra que si l'application sévère du traitement classique, régime lacté, diète hydrique, évacuation intestinale, n'amène aucune amélioration, et si l'on voit apparaître des troubles visuels, de la céphalalgie, des névralgies, de l'insuffisance urinaire (moins de 800 grammes en 24 heures), en un mot des signes précurseurs de l'éclampsie.

Les *névrites gravidiques*, la *chorée*, l'*ostéomalacie* et certaines *dermatoses* ne réclament l'interruption de la grossesse que dans le cas de marche rapide ou d'aggravation de l'état général malgré l'application de la thérapeutique étiologique et symptômatique propre à chacune de ces affections.

Il en est de même de la *pyélonéphrite* dite gravidique.

Au cours des *accès éclamptiques*, l'interruption de la grossesse nous paraît absolument contre-indiquée, car les manœuvres qu'elle exige ne peuvent que réveiller les crises.

Celles-ci une fois terminées, on se comportera comme nous l'avons indiqué à propos de l'albuminurie, qui accompagne presque toujours l'éclampsie.

Les accidents utérins capables de mettre la vie de la femme en danger sont constitués par les hémorragies utérines et par l'hydropisie de l'œuf.

Les *hémorragies*, ayant pour point de départ une *insertion du placenta sur le segment inférieur* ou la *dégénérescence môlaire des villosités choriales*, retentissent sur l'état général soit par leur abondance, soit par leur répétition. C'est encore le pouls qui sera le meilleur guide; lorsqu'il battra constamment au-dessus de 100, la grossesse devra être interrompue, surtout si en même temps on constate des menaces de syncope, des tintements d'oreille, des troubles de la vue et de la décoloration des téguments. Dans la *môle hydatiforme*, l'expulsion de vésicules suffit pour entreprendre l'intervention.

Mais les hémorragies utérines ne sont pas toujours externes: dans le *décollement prématuré du placenta* l'état général peut brusquement devenir grave; le pouls est petit et rapide, le facies est altéré. L'évacuation utérine s'impose et il faut parfois même recourir à la voie abdominale.

L'*hydramnios* peut mettre en danger les jours de la mère, si la distension utérine est rapide ou si elle est considérable. Dans ce cas, on voit apparaître de la dyspnée et même des troubles asphyxiques, des douleurs à la base du thorax, de l'amaigrissement accompagné d'œdème et de sécheresse de la peau et une diminution de la sécrétion urinaire.

Ce sont là des affections chroniques ; quant aux affections aiguës, qui peuvent survenir au cours de la gestation, elles ne constituent une indication à l'interruption de la grossesse que dans un seul cas, celui où la femme étant en période d'agonie et l'enfant étant vivant, on veut chercher à le sauver.

Les maladies antérieures à la grossesse et aggravées par elle appartiennent surtout aux affections de l'appareil circulatoire et de l'appareil urinaire. Les *affections cardiaques*

ne s'accompagnent d'accidents graves que s'il survient de l'insuffisance des organes de défense, foie et rein ; l'indication à intervenir est fournie par la répétition des troubles asystoliques, dyspnée et asphyxie, ou par la gravité de ces troubles. L'œdème pulmonaire, au contraire, contre-indique l'intervention immédiate.

Dans la *néphrite* préexistant à la grossesse, il n'y a lieu de provoquer l'accouchement que s'il survient, malgré un régime et une thérapeutique bien appliqués, des manifestations urémiques, de l'insuffisance urinaire et une augmentation de la quantité d'albumine.

Quant à la *tuberculose pulmonaire*, elle n'exige l'interruption de la grossesse que dans un seul cas, apparition de troubles asphyxiques précurseurs de la mort, et encore à la condition que le fœtus soit vivant.

2° *Indications relatives*. — Les indications, que nous allons étudier dans ce chapitre, sont toutes d'origine fœtale, mais, comme nous l'avons dit plus haut, elles sont discutables, car il existe d'autres moyens d'arriver au même résultat, moyens qui pour l'enfant ont même une grande supériorité sur l'accouchement provoqué. Celui-ci ne sera mis en pratique qu'à deux conditions, la première c'est que l'accouchement à terme par les voies naturelles soit reconnu impraticable, la seconde, c'est qu'on soit dans l'impossibilité de recourir à une intervention sanglante, opération césarienne ou symphyséotomie, au moment du travail par refus formel des intéressés.

Vouloir établir les limites de l'accouchement provoqué en se basant uniquement sur le diamètre utile (promonto-pubien minimum) du bassin est une grosse erreur, d'abord parce que nous n'avons aucun moyen de le connaître exactement, ensuite parce qu'il n'est pas tout dans l'accouchechement; la forme du rétrécissement, annelé ou canaliculé, limité à un seul diamètre ou généralisé, a une importance aussi grande, enfin, parce qu'on ne tient aucun compte des dimensions et de la malléabilité de la tête fœtale.

Chaque fois par conséquent qu'on sera dans la nécessité de provoquer l'accouchement parce que, avec un enfant normal, celui-ci est considéré comme impossible à terme, *bassins de* 9,5 *à* 10,5 de *promonto-sous-pubien*, seul diamètre exact reconnu, l'intervention est indiquée. Elle sera pratiquée non pas à une époque fixe établie d'après ces chiffres, mais en se basant sur les rapports de la tête fœtale et des dimensions du détroit supérieur. Le palper mensurateur est le procédé clinique le meilleur à ce point de vue : l'accouchement sera provoqué dès que la bosse pariétale antérieure de la tête fœtale, cette dernière étant *bien appliquée* sur l'entrée du bassin, commencera à le déborder en se trouvant sur le même plan que la symphyse pubienne.

Une autre indication d'origine fœtale est constituée par le volume excessif de l'enfant : chez certaines femmes obèses ou âgées, multipares d'ordinaire, le produit de conception acquiert parfois de telles proportions que l'accouchement à terme devient dystocique bien que le bassin soit normal. Il n'est pas rare dans ces conditions d'être obligé d'avoir recours à des interventions au cours desquelles l'enfant succombe et même à des opérations mutilatrices, basiotripsie, section du cou, etc.

Il s'agit presque toujours de fœtus ayant un poids supérieur à 5.000 grammes. Après un cas de ce genre, si une grossesse nouvelle survient chez la même femme, il est prudent de surveiller attentivement le développement de l'enfant, ce qui n'est pas toujours facile à cause de l'épaisseur souvent considérable de la paroi abdominale.

Si l'on constate un volume fœtal non en rapport avec l'âge de la grossesse, il sera indiqué de provoquer l'accouchement dans le courant du huitième mois, là encore c'est le palper qui fournira les meilleurs renseignements sur le développement total du fœtus et qui fixera l'époque de l'intervention, car dans ce cas la dystocie tient plutôt à l'excès de volume du corps et des épaules qu'aux dimensions exagérées de la tête. Dès que la tête de l'enfant appliquée sur le détroit

supérieur affleurera le plan symphysien par sa bosse pariétale antérieure, il faudra provoquer l'évacuation utérine qui permettra souvent l'accouchement d'un fœtus de huit à neuf livres.

Enfin on s'adressera encore à cette intervention dans les cas exceptionnels de *mort habituelle* du fœtus, lorsqu'aux grossesses antérieures on n'aura obtenu aucun résultat du traitement anti-syphilitique rigoureusement appliqué pendant toute la durée de la gestation et même préventivement. L'accouchement sera provoqué dans la quinzaine précédant l'époque à laquelle le fœtus est mort dans les grossesses antérieures, époque qui est habituellement toujours la même dans les observations de ce genre.

Manuel opératoire. — De nombreux procédés ont été préconisés pour provoquer l'accouchement ; ils sont tous reproduits dans les traités d'obstétrique ; nous laisserons de côté la plupart d'entre eux et nous ne décrirons que le plus pratique et le plus efficace.

Lorsqu'on veut évacuer l'utérus, c'est au ballon de Champetier de Ribes qu'il faut s'adresser.

Les préparatifs à faire seront les suivants : on se procurera deux ou trois ballons de taille inégale, un de 5 centimètres et un de 8 centimètres de diamètre, car il n'est pas toujours possible d'introduire d'emblée le ballon dont l'expulsion exige une dilatation complète du col. Ces ballons après avoir été essayés, c'est-à-dire gonflés avec de l'eau pour voir s'ils ne sont pas crevés, seront brossés avec de l'eau savonneuse et stérilisés par une ébullition de vingt à trente minutes dans un liquide antiseptique. Ils seront conservés dans le récipient qui aura servi à leur stérilisation.

En plus des ballons il faut avoir à sa disposition :

La pince porte-ballon ;

Une pince tire-balle ou de Museux ;

Des bougies de Hégar n°s 4 à 14 ;

Deux valves ou le spéculum de Collin ;

Deux pinces à forcipressure ;

Une longue pince à pansement;

Enfin une seringue de gros calibre, genre seringue à hydrocèle, qui aura dû être essayée.

Ces différents instruments seront stérilisés pour le jour de l'intervention.

Un aide au moins est nécessaire.

On devra également prescrire en plus de tout ce qu'exige l'accouchement :

1° De la gaze stérilisée ou antiseptique en nappe ou de préférence en bandes de 0 m. 10 de largeur ;

2° De la vaseline stérilisée ou antiseptique à l'eucalyptol par exemple, on évitera les antiseptiques toxiques comme l'acide phénique ou le sublimé, car cette vaseline sera introduite dans l'utérus.

Eucalyptol	2 grammes.
Vaseline stérilisée	20 —

La vaseline peut être remplacée par un savon pâteux antiseptique.

3° Une solution antiseptique : aniodol, lusoforme;

4° Un savon antiseptique ;

5° De l'alcool pour flamber.

On fera préparer pour le jour de l'intervention :

Eau bouillie froide . . .	5 litres de chaque environ.
Eau bouillie chaude . .	

Trois serviettes de toilette bouillies, si on n'a pas à sa disposition de grandes compresses stérilisées.

Trois cuvettes.

Une brosse à main qui aura été bouillie.

On ordonnera un grand bain savonneux si c'est possible, enfin on fera évacuer l'intestin au moyen d'un lavement la veille et le matin même de l'intervention.

La vessie ayant été vidée, la vulve est savonnée, puis le vagin irrigué avec une solution antiseptique chaude.

Les cuvettes sont flambées ; dans l'une on verse une solu-

tion de sublimé à 1 p. 1.000 pour les mains, dans l'autre de l'eau bouillie tiède destinée à gonfler le ballon, la troisième servira au lavage des mains et la boîte aux instruments sera placée à portée de l'opérateur et ouverte.

Après un lavage et une antisepsie rigoureuse des mains et des avant-bras, le ballon destiné à être introduit sera roulé sur lui-même de manière à prendre la forme d'un fuseau le plus mince possible et saisi avec la pince porte-ballon.

La femme est couchée en travers de son lit, les membres inférieurs reposant sur deux chaises ou maintenus par deux aides, le siège sur le bord du matelas. On place les valves ou le spéculum pour rendre le col très apparent, celui-ci est saisi avec la pince tire-balle. Si le canal cervical n'est pas suffisamment entr'ouvert, on passe successivement les bougies de Hégar du n° 4 au n° 14, puis on nettoie le canal avec un tampon de coton imbibé d'une solution antiseptique. La pince et le ballon roulé sont enduits de vaseline ou de savon et introduits avec douceur dans le col dont ils doivent franchir l'orifice interne; il est parfois nécessaire à ce moment de tourner la concavité de la pince en arrière pour éviter la présentation. L'aide, qui a rempli d'eau la seringue, place l'embout dans l'extrémité libre du tube de caoutchouc appendu au ballon et ouvre le robinet, s'ily en a un. Il pousse lentement le liquide en même temps que l'opérateur désarticule la pince porte-ballon et retire avec précaution l'une, puis l'autre branche. La capacité du ballon étant connue d'avance, il est facile de savoir à quel moment ce dernier est plein si la seringue est elle-même graduée ; sinon il s'en rendra compte par la résistance éprouvée en poussant le piston ou en faisant un toucher intra-cervical, qui renseignera sur le degré de tension du ballon.

Celui-ci gonflé, on ferme le robinet ou l'on applique une pince à forcipressure sur l'extrémité du tube ; c'est à ce moment là seulement qu'on retire la seringue.

Après avoir enlevé la pince tire-balle qui a servi à maintenir le col, on peut placer de la gaze antiseptique dans le

vagin avant de retirer les valves. Un pansement ouaté est appliqué devant la vulve et maintenu par un bandage en T auquel on fixera l'extrémité libre du tube. La femme est ensuite replacée dans son lit,

Les seules précautions à prendre dans le courant de la journée seront de cathétériser la vessie toutes les cinq heures environ et de donner des injections vaginales avec un liquide antiseptique chaud (45°), s'il n'y a pas de gaze dans le vagin.

Ce n'est habituellement qu'au bout de quelques heures que les premières contractions utérines apparaissent ; si elles tardaient à se manifester ou si elles étaient peu intenses, on pourrait effectuer quelques légères tractions sur le tube du ballon.

Lorsque la présence du ballon a déterminé des contractions utérines, le travail suit habituellement une marche normale, le col s'efface, puis se dilate et à un certain moment le ballon est expulsé dans le vagin et quelquefois même hors de la vulve. Si le ballon introduit était de petit volume, la dilatation a la dimension d'une pièce de 5 francs environ, et le travail continue. Dans le cas où celui-ci cesserait après l'expulsion du ballon, on devrait en introduire un autre de volume supérieur en prenant toutes les précautions antiseptiques déjà indiquées.

Après l'expulsion du ballon, il faut toujours s'assurer de la présentation fœtale, car le danger de ces instruments est de repousser le pôle inférieur du fœtus qui peut aller se loger dans une des fosses iliaques, il faudrait alors par des manœuvres externes le ramener au niveau du détroit supérieur et l'y fixer au besoin par une ceinture eutocique. C'est également pour le même motif qu'il faut toujours rechercher s'il ne s'est pas produit de procidence après l'expulsion du ballon.

Le fœtus une fois expulsé ou extrait, il est nécessaire de faire une grande irrigation utérine et d'exagérer tous les soins antiseptiques, car les manœuvres précédentes, malgré toutes

les précautions prises, exposent toujours la femme à l'infection.

Pour tout ce qui concerne l'*accouchement méthodiquement rapide* et l'*accouchement forcé*, nous renvoyons le lecteur à l'article DILATATION DU COL.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ SPONTANÉ

On entend par accouchement prématuré l'expulsion du fœtus pendant la période qui s'étend du sixième mois (180e jour) jusqu'au terme normal.

Les phénomènes qui accompagnent cet accouchement sont absolument semblables à ceux de l'accouchement à terme : le travail est parfois un peu plus long, tout au moins pendant les périodes d'effacement et de dilatation du col, car les tissus n'ont pas encore acquis le degré de ramollissement qu'on constate à la fin du neuvième mois.

Au point de vue maternel, l'accouchement en lui-même n'expose la femme à aucun danger, le pronostic est subordonné à la cause qui l'a provoqué. Mais il n'en est pas de même du pronostic fœtal : les mauvaises présentations sont plus fréquentes, la résistance du fœtus est moins grande, aussi est-il plus exposé aux traumatismes obstétricaux et à leurs conséquences, hémorragies cérébrales par exemple.

D'autre part, l'enfant est appelé à vivre de la vie extra-utérine à une époque où ses organes n'ont pas toujours acquis un développement suffisant, aussi, malgré les moyens dont nous disposons, gavage, couveuse, aura-t-on d'autant plus de difficultés à l'élever qu'il sera plus éloigné du terme normal.

En présence d'une femme menacée d'accoucher prématurément, il faut, à moins de circonstances exceptionnelles, essayer d'enrayer ou de retarder l'accouchement. Pour cela le remède le plus efficace est le repos absolu au lit, on y adjoindra les calmants utérins, la morphine en injections

sous-cutanées, 1 à 2 centimètres cubes dans les vingt-quatre heures de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine	0,10 centigrammes.
Eau distillée bouillie.	10 grammes.

ou le laudanum en lavement, 20 à 25 gouttes dans 100 grammes d'eau bouillie tiède. Ce lavement, qui devra être gardé, sera donné lentement avec une poire après avoir évacué l'intestin au moyen d'un premier lavement. Trois doses semblables de laudanum pourront être administrées dans les vingt-quatre premières heures si l'on n'a pas fait d'injection de morphine. Les jours suivants, il ne devra pas dépasser 30 gouttes dans les vingt-quatre heures.

S'il y a rupture des membranes, il faudra reconnaître la présentation fœtale et la modifier si elle est vicieuse, faire une antisepsie rigoureuse de la vulve et du vagin, appliquer une garniture de coton hydrophile stérilisé devant l'orifice vulvaire et le maintenir par un bandage en T, prendre régulièrement la température matin et soir. (Voir pour plus de détails la conduite à tenir dans la RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES.

Enfin dans tous les cas de menaces d'accouchement prématuré, il est nécessaire de faire tout préparer en vue d'un accouchement possible et de se munir de coton non hydrophile et de cruchons à eau chaude destinés à fournir de la chaleur au nouveau-né. Dans les milieux où il est impossible de se procurer de couveuse, on y supplée en entourant l'enfant d'ouate, puis d'une grande enveloppe de taffetas chiffon ou de taffetas gommé.

Dans certaines circonstances il n'y a aucun avantage à essayer d'arrêter les menaces d'accouchement prématuré, c'est la conduite qu'on suivra lorsqu'il existe des troubles graves chez la mère : accès éclamptiques, albuminurie intense, décollement prématuré du placenta, hémorragies abondantes ou répétées, accidents gravido-cardiaques.

On pourra agir de même s'il existe une viciation pelvienne.

ACNÉ DES NOUVEAU-NÉS

Nous ne parlerons pas de l'acné de la femme enceinte qui, comme toutes les affections cutanées coïncidant avec une grossesse, peut prendre des proportions considérables soit par son extension, soit par le volume des pustules. Son traitement général et local est celui de l'acné en dehors de la gravidité.

Nous ne nous occuperons que de la variété rencontrée chez le nouveau-né. Cette affection apparaît d'ordinaire dans les jours qui suivent la naissance, elle est localisée au visage qu'elle peut recouvrir presque complètement, elle est surtout accusée sur le nez et sur le menton et elle se présente sous la forme de petites pustules rouges. Elle paraît due à l'oblitération du canal excréteur des glandes sébacées ou à une hypersécrétion de ces glandes, dont le fonctionnement considérable pendant la grossesse est prouvé par la couche parfois fort épaisse d'enduit sébacé recouvrant le corps du fœtus.

Les téguments seront lavés avec une solution faible et tiède de borate de soude, puis recouverts de la pommade suivante :

Sous-nitrate de bismuth	4 grammes
Oxyde de zinc . . . . }	ââ 5 —
Amidon. . . . . }	
Vaseline . . . . }	ââ 25 —
Lanoline . . . . }	

ALBUMINURIE

L'albuminurie n'est pas toujours une complication déterminée par la grossesse, elle peut précéder cette dernière et est souvent aggravée par elle malgré l'application d'un traitement prophylactique et curatif suivi rigoureusement. Aussi croyons-nous nécessaire, au point de vue clinique,

d'étudier séparément plusieurs variétés : l'albuminurie gravidique créée par la gestation; l'albuminurie préexistante à la grossesse et enfin l'albuminurie des suites de couches, véritable néphrite infectieuse.

I. — L'albuminurie gravidique.

Par albuminurie gravidique il faut entendre la *présence d'albumine dans les urines d'une femme enceinte*, *albumine ayant pour origine la gravidité*. Cette définition nous fait ainsi éliminer l'albuminurie antérieure à la grossesse et due le plus souvent au mal de Bright, l'albuminurie pouvant survenir au cours de la grossesse, mais déterminée par une affection aiguë concomitante, l'albuminurie du travail qui apparaît avec les douleurs et qui disparaît quelques heures après l'expulsion du fœtus, enfin l'albuminurie des suites de couches, qui peut apparaître au cours d'une des nombreuses infections ayant eu leur point de départ dans l'accouchement.

Clinique. — Assez souvent l'albuminurie est une découverte que rien ne faisait prévoir, c'est par hasard en examinant régulièrement les urines d'une femme pendant sa grossesse qu'on constate la présence de l'albumine en quantité plus ou moins considérable.

Parfois, au contraire, l'attention est attirée par certains symptômes, parmi lesquels il faut placer en première ligne l'*œdème*. Celui-ci peut être très léger et passager, il siège alors au niveau des malléoles et il est surtout apparent le soir, la malade s'en aperçoit par la gêne qu'elle éprouve dans ses chaussures, elle dit que ses « pieds gonflent vers la fin de la journée » ; dans d'autres cas, il ne se manifeste que par de la bouffissure du visage et surtout des paupières, le facies prend alors un aspect caractéristique, qui frappe le médecin et attire son attention du côté des urines. Si l'œdème est généralisé, ce sont les membres inférieurs qui sont les plus touchés, leur volume est augmenté, quelquefois

même d'une façon considérable, la peau est lisse, luisante, pâle et amincie, leur forme est modifiée, car les dépressions et les plis sont effacés en même temps que les saillies ont disparu. A la palpation, on a une sensation de mollesse et d'empâtement, et, si on appuie graduellement au niveau de la face interne du tibia, on détermine le godet caractéristique. Dans les cas accentués, la malade accuse de la pesanteur dans les membres inférieurs, pouvant amener une certaine gêne fonctionnelle; il n'est pas rare alors de voir l'œdème remonter et envahir les organes génitaux et surtout les grandes lèvres, la paroi abdominale avec prédominance dans la région sus-pubienne, et, même aller jusqu'aux membres supérieurs avec localisation plus marquée au niveau des mains. Les séreuses elles-même, ainsi que certains organes et plus spécialement les poumons peuvent être envahis par cette hydropisie.

Il ne faut pas confondre cet œdème d'origine albuminurique avec l'œdème quelquefois très accusé qu'on constate dans les derniers mois de la grossesse ou encore avec l'œdème déterminé par un développement exagéré de l'utérus, grossesse gémellaire, hydramnios, gros œuf. Dans les deux cas cette infiltration du tissu cellulaire sous-cutané est due à la gêne de la circulation en retour, il en est de même de l'œdème occasionné par les varices. Enfin, il existe des œdèmes non albuminuriques qui ne reconnaissent pour cause aucune de celles que nous venons de passer en revue, ce sont soit des œdèmes dus à des modifications du sang déterminées par l'auto-intoxication gravidique (Pinard), soit des œdèmes déterminés par la rétention des chlorures.

Nous ne parlons pas de l'œdème d'origine cardiaque, il ne survient qu'au cours des cardiopathies mal compensées et chez des femmes dont le myocarde est touché ; il est l'avant-coureur de l'asystolie, sa cause ne peut donc pas passer inaperçue.

Dans d'autres cas, on doit être mis sur la piste de l'albu-

minurie par une céphalée frontale plus ou moins intense, par une tension excessive et une fréquence plus grande du pouls qui est quelquefois dicrote, par une douleur localisée au creux épigastrique, symptôme bien mis en valeur par Chaussier. Les troubles de la vue, depuis la diminution de l'acuité visuelle jusqu'à la cécité, sont quelquefois les seuls signes accusés par la femme qui vient consulter. Ce sont là autant de manifestations de l'auto-intoxication gravidique, véritable toxémie qui peut se localiser sur d'autres organes, c'est ainsi qu'on peut expliquer la *dyspnée* survenant par accès spontanément et souvent la nuit ou sous l'influence du moindre effort; il est vrai que dans certains cas ce trouble respiratoire est dû à de l'œdème pulmonaire, il s'accompagne alors de crachats spumeux et sanguinolents. Les *palpitations*, la *toux* quinteuse et incessante, l'*insomnie*, l'*agitation*, les *modifications du caractère* ont la même origine toxique.

Il arrivera aussi qu'on sera consulté pour des *troubles digestifs*, état nauséeux, vomissements, perte d'appétit, soif intense, ptyalisme, constipation, plus rarement diarrhée, ictère ou plutôt subictère. Le *prurit* est quelquefois un symptôme d'alarme, il s'accompagne d'une peau sèche et mate.

Tels sont les principaux signes qui peuvent apparaître en même temps que l'albumine et qui peuvent même la précéder ; le praticien doit les avoir bien présents à l'esprit, car, en présence de l'un d'eux ou de plusieurs d'entre eux, il devra porter toute son attention sur le système urinaire; sinon d'autres troubles beaucoup plus graves pourront survenir, si un traitement rationnel n'est pas appliqué aussitôt.

Un point sur lequel il y a lieu d'insister, c'est la nécessité de *recueillir les urines de vingt-quatre heures*, d'abord pour en apprécier la *quantité*, et ensuite pour y prélever l'échantillon qu'on doit examiner. Si les urines sont abondantes, au-dessus d'un litre et demi, elles sont habituellement pâles, troubles et de réaction acide ; si au contraire elles sont rares, *moins d'un litre*, elles sont de plus en plus

foncées et de plus en plus épaisses, le dépôt qui se produit au fond du vase est proportionnellement d'autant plus abondant que la quantité d'urine éliminée est moindre.

Pour éviter certaines erreurs dans la recherche de l'albumine il faut conseiller à la femme d'uriner après avoir fait une toilette vulvaire avec de l'eau bouillie et un peu de coton hydrophile. On évitera ainsi le mélange à l'urine du liquide leucorrhéique lorsque celui-ci est abondant ; il est même quelquefois nécessaire d'avoir recours au cathétérisme.

L'échantillon destiné à être examiné sera filtré au moyen d'un papier à filtre et mis dans plusieurs tubes à essai, ceux-ci ne seront remplis que dans la moitié de leur hauteur. Tenant le tube par son extrémité inférieure, on chauffe le liquide près de sa surface supérieure jusqu'à l'ébullition ; la moitié inférieure non chauffée sert de terme de comparaison, ce procédé est surtout utile dans les cas où il y a peu d'albumine. Si la partie chauffée se trouble, il ne faut pas conclure immédiatement à l'albuminurie, le trouble peut être dû à la précipitation des phosphates et carbonates terreux ; dans ce cas il disparaît en ajoutant à l'urine essayée une goutte ou deux d'acide acétique ou de vinaigre. Si au contraire il y a de l'albumine, le trouble persiste : il est plus ou moins intense suivant que la quantité d'albumine est plus ou moins considérable ; quand cette dernière est très abondante, le coagulum se prend en masse, il est utile d'additionner l'urine versée dans le tube d'un grain de sel marin pour favoriser la précipitation de l'albumine.

Parmi les procédés de recherche à froid, on fait assez souvent usage en clinique du réactif de Tanret, que l'on considère comme très sensible. Après avoir versé de l'urine dans environ la moitié d'un tube à essai, on laisse tomber deux ou trois gouttes du réactif ; s'il y a de l'albumine, on aperçoit aussitôt sur le passage du liquide des stries blanchâtres qui tombent au fond du tube. Il faut savoir que ce réactif est capable de précipiter d'autres substances, comme les alcaloïdes médicamenteux, les peptones et les ptomaïnes,

mais ce précipité disparaît par la chaleur et se dissout dans l'alcool.

Le *réactif de Boureau* (1) est de beaucoup le meilleur, sa sensibilité est telle qu'une ou deux gouttes versées dans 3 à 4 centimètres cubes d'urine suffisent pour faire apparaître le nuage blanc opaque caractéristique de l'albumine. « Il précipite les albumines coagulables, s'arrêtant en face des peptones, précipitant les premières transformations de la sérine, de la globuline et des nucléo-albumines, telles que les alcali-albumoses de la fermentation bactérienne et les hémi-albumoses de Kuhne, substances intermédiaires que l'on constate avec la sérine dans certaines néphrites chroniques. » (Vieillard, *l'Urine humaine*). Ce réactif n'a aucune action sur les alcaloïdes et sur les médicaments qui passent dans l'urine; il ne précipite ni l'acide urique, ni les urates, ni les phosphates, ni les carbonates terreux. Le réactif de Boureau est donc un réactif sûr et sensible, car il peut déceler un centigramme d'albumine par litre. Pour s'en servir, l'urine est placée dans un verre ou un tube à essai, on y verse quelques gouttes de réactif; s'il y a de l'albumine, elle prend un *aspect blanc opaque, lactescent*.

Le dosage de l'albumine est souvent nécessaire, la seule méthode rigoureuse est la pesée de l'albumine précipitée, mais elle ne peut être employée que par un chimiste. En clinique on a habituellement recours à la méthode d'Esbach qui n'est qu'approximative et ne sert qu'à établir des rapports. Le tube d'Esbach porte vers son milieu un trait horizontal marqué par la lettre U, et plus haut, du côté de l'extrémité ouverte, un autre trait avec la lettre R ; entre le repère U et le fond se trouvent des traits superposés, qui constituent la graduation et qui sont désignés par les chiffres allant de 1 à 7. On verse l'urine filtrée jusqu'au trait U, puis

(1) *a*) Acide sulfosalicylique — 5 parties ;
b) Acide sulfophénique — 15 parties.

Dissoudre à chaud *a*) dans *b*).

du réactif jusqu'au trait R, on bouche avec le bouchon de caoutchouc, on retourne ensuite le tube une dizaine de fois pour bien mélanger les liquides et on le laisse au repos après l'avoir placé verticalement. Le précipité se dépose au fond et se tasse, ce n'est qu'au bout de vingt-quatre heures qu'on lit sur l'échelle graduée le chiffre correspondant au trait au niveau duquel affleure le dépôt. Ce chiffre indique le nombre de grammes d'albumine contenue dans un litre d'urine. Si la quantité était supérieure à 7, il faudrait étendre l'urine de son volume d'eau et multiplier ensuite par 2 le nombre de grammes obtenus.

Le réactif de Boureau peut aussi servir au dosage : pour cela le docteur Boureau emploie une éprouvette à parois verticales et d'un calibre uniforme. A peu de distance de l'ouverture se trouve un trait horizontal marqué de la lettre U, à sa partie inférieure d'autres traits superposés portent les chiffres 1, 2, 3, 4, 5 ; entre chacun de ces traits il y a des traits intermédiaires. On verse de l'urine dans l'éprouvette jusqu'au niveau du trait U, puis on laisse tomber goutte à goutte 15 à 20 gouttes du réactif, cette quantité suffit pour précipiter 3 à 4 grammes d'albumine ; on est averti « que la limite est atteinte lorsque l'addition de nouvelles gouttes n'augmente pas l'opacité du liquide, on bouche ensuite l'éprouvette, et on la retourne *une seule fois*, *très doucement*, pour mélanger les deux liquides. Il ne faut pas agiter sous peine de voir l'albumine présenter la forme non rétractile et venir flotter à la surface. Il vaut mieux ensuite attendre quelques minutes que les coagulums commencent à se former pour rouler légèrement l'instrument dans les doigts et imprimer au liquide un mouvement de rotation qui empêchera l'albumine de s'attacher aux parois. On doit procéder à la lecture du chiffre auquel affleure le précipité au bout de *six heures environ*. Si à ce moment on constate que quelques coagulums ont adhéré aux parois, répéter la petite manœuvre, rouler entre les doigts légèrement l'éprouvette et attendre un peu que les flocons se soient déposés

pour lire le chiffre de la graduation « (Vieillard). Le docteur Boureau considère son procédé comme plus exact que celui d'Esbach, car il reconnaît qu'il ne peut pas y avoir plus de 0 gr. 50 d'écart pour une urine contenant 2 gr. 50 à 3 grammes d'albumine; son seul inconvénient, admis par l'auteur, c'est qu'au delà de 5 grammes d'albumine par litre il n'est plus exact. Mais si on ne demande à cette méthode qu'une appréciation des rapports et non le poids absolu, elle est encore préférable à celle d'Esbach.

Dans l'albuminurie gravidique proprement dite, il est rare que les quantités dépassent 4 à 5 grammes, elles varient d'ordinaire entre des quantités indosables et les chiffres précédents. Lorsqu'on trouve 20 grammes et même plus, il s'agit presque toujours d'une affection rénale antérieure.

L'examen microscopique est quelquefois nécessaire, non pas pour rechercher la présence des cylindres granuleux, ce qui permettrait de rapporter l'albumine à sa véritable cause, le brightisme, mais surtout pour différencier certains précipités. La plupart des réactifs employés couramment donnent avec le sang ou le pus provenant des organes urinaires des coagula qui peuvent être considérés à première vue comme étant albumineux et qui sont dus le plus souvent à la précipitation de la mucine; on peut donc être entraîné sur une mauvaise piste au point de vue du diagnostic et perdre du temps en prescrivant un traitement inutile. C'est ainsi que certaines pyélonéphrites légères ou au début ne se manifestent que par un trouble dans les urines; si on laisse celles-ci se reposer pendant quelques heures, il se produit un dépôt, dans lequel le microscope permet de constater une grande quantité de globules blancs.

On est souvent conduit à faire cet examen dans les cas où on est étonné de ne voir aucune modification dans l'état des urines, malgré le régime lacté suivi rigoureusement. A défaut de microscope, le procédé de Müller suffit souvent à déceler la pyurie et par conséquent à éviter une erreur de diagnostic : il consiste à verser quelques gouttes d'une solu-

tion alcaline, potasse ou soude, dans quelques centimètres cubes d'urine; après la chute de chaque goutte, on agite et on laisse le tube au repos ; le liquide devient visqueux et emprisonne des bulles d'air. Cette méthode de recherche est préférable à celle qui emploie l'ammoniaque, car elle est plus sensible pour des quantités moindres de pus.

L'albuminurie gravidique peut apparaître dès le début de la grossesse comme toutes les manifestations de l'intoxication gravidique; mais c'est surtout dans le dernier tiers qu'on la constate le plus souvent. Si elle n'est pas traitée, elle peut disparaître spontanément, mais ces faits sont rares, il s'agit presque toujours dans ce cas d'*albuminurie transitoire* ; le plus habituellement elle persiste pendant toute la grossesse, elle augmente de quantité, atteint un maximum au moment du travail et disparaît dans la première semaine qui suit l'accouchement en s'accompagnant souvent d'une diurèse abondante, mais on l'a vu persister beaucoup plus longtemps, des semaines et des mois. Il y a lieu alors de se demander s'il s'agit bien d'une affection déterminée par le gravidisme, celui-ci a pu réveiller une néphrite ancienne ou provoquer l'éclosion d'une néphrite latente, ce sont les commémoratifs pathologiques de la femme qui permettront de fixer la question. Il ne faudrait pas se fixer à la marche heureuse que nous avons décrite pour laisser l'albuminurie gravidique suivre son évolution, car de nombreux accidents peuvent survenir, comme nous le verrons plus loin. On peut même constater une disparition subite de l'albumine, ce phénomène se produit lorsque l'enfant meurt *in utero*.

Voyons maintenant quelle est la marche de l'albuminurie soumise à un traitement rationnel. Le plus souvent, sous l'influence du régime lacté, l'albumine diminue rapidement et disparaît en même temps que la quantité d'urine éliminée augmente; dans certains cas la diminution se fait, mais elle ne va pas jusqu'à la disparition complète; il y a persistance d'une faible dose, un gramme et au-dessous, jusqu'à l'accouchement. Enfin, mais exceptionnellement, malgré le

régime lacté absolu, on voit la quantité d'albumine rester stationnaire et quelquefois même augmenter, et cela jusqu'à la fin de la grossesse; à ce moment elle diminue rapidement. Malgré cette persistance d'une quantité variable d'albumine, la femme enceinte soumise au traitement est à l'abri des nombreuses complications pouvant survenir chez celle qui n'est pas soignée. Ce sont ces complications que nous allons passer en revue maintenant, tout en faisant bien remarquer que la plupart d'entre elles ne sont pas déterminées par l'albuminurie, elles dépendent de la même cause et sont d'autres manifestations de l'auto-intoxication gravidique. Elles surviennent très souvent après ou en même temps que l'albumine est apparue dans les urines, mais elles peuvent survenir indépendamment de celle-ci; leurs localisations sont fréquemment en rapport avec une prédisposition de l'organe atteint, les appareils les plus faibles sont frappés de préférence.

Nous en avons déjà vu un certain nombre lorsque nous avons décrit les symptômes précurseurs ou contemporains de l'albuminurie. Ceux-ci ne deviennent de véritables complications que par leur expansion ou par leur intensité. C'est ainsi que nous citerons les œdèmes considérables, localisés surtout aux membres inférieurs et aux organes génitaux externes, l'anasarque, l'hydropisie des séreuses, l'œdème aigu du poumon, les troubles nerveux comme les céphalées intenses, les paralysies, les courbatures, les troubles visuels depuis l'amblyopie jusqu'à l'amaurose. Enfin l'albuminurie précède souvent l'éclampsie, mais non toujours, ainsi que nous le verrons avec détails en étudiant plus tard cette affection. Ce qui paraît appartenir en propre à l'albuminurie, c'est la tendance à déterminer des hémorragies : épistaxis, hématémèses, hémoptysies, hémorragies cérébrales, petits foyers hémorragiques intra-hépatiques et enfin hémorragies au niveau de l'utérus et plus particulièrement au niveau du placenta.

Nous désirons nous étendre un peu sur ces dernières à cause de l'influence qu'elles ont sur l'évolution de la gros-

sesse; l'albuminurie gravidique retentit fréquemment sur le fœtus, c'est elle qui favorise son expulsion prématurée, avortement ou accouchement avant terme, ou qui le fait succomber *in utero*.

L'infarctus blanc, que Fehling considérait comme la caractéristique du placenta albuminurique, n'est que la trace d'une hémorragie ancienne. Celle-ci se produit dans les tissus des villosités, le sang se coagule et présente l'aspect de gelée de groseille ou de cassis, l'infarctus se condense (placenta truffé), puis la matière colorante est résorbée, de là les teintes chocolat, jaune et enfin blanche. Ces noyaux sont plus ou moins volumineux et plus ou moins nombreux; du volume et du nombre dépend le retentissement sur le fœtus, dont le développement peut être entravé ou dont la vie peut être compromise. Dans les deux cas la surface d'hématose est diminuée; dans le premier, elle est encore suffisante pour permettre au fœtus de vivre, mais alors il naît petit et chétif (enfant araignée de Pinard); dans le second, l'hématose fœtale est insuffisante pour la conservation de la vie et le fœtus meurt.

Une complication beaucoup plus grave et pour le fœtus et pour la mère est constituée par l'*hémorragie rétro-placentaire*. Par suite de lésions au niveau des vaisseaux de la caduque, ceux-ci se rompent et une hémorragie souvent assez abondante se produit. Elle décolle le placenta sur une étendue variable, quelquefois même dans sa totalité, et donne lieu à des signes locaux et généraux, qui permettent de faire le diagnostic. Ces hémorragies rétro-placentaires peuvent être fort graves et entraîner la mort de la mère dans un temps très court.

Cette tendance aux hémorragies, que nous venons de signaler pendant la grossesse, persiste au moment de l'accouchement et au cours de la délivrance, aussi faut-il redoubler de surveillance à ce moment et avoir sous la main tout ce qu'il faut pour y remédier, eau bouillie chaude et sérum artificiel.

Le *pronostic* de l'albuminurie gravidique est difficile à établir, il dépend de nombreuses circonstances : état antérieur du rein, époque de la grossesse à laquelle apparaît l'albumine, quantité de cette dernière, surveillance de la femme par des examens réguliers d'urine, précocité du traitement. Chez une femme bien surveillée et soumise à un régime qu'elle suivra sévèrement le pronostic devra s'appuyer et sur le bon fonctionnement du foie et sur la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures. Si la glande hépatique, chargée de détruire les toxines non éliminées par les reins, est insuffisante, il faut craindre les autres manifestations de l'auto-intoxication gravidique, la vie de la mère et du fœtus sont alors en danger; il en est de même si le taux des urines descend *au-dessous d'un litre*.

La gravité de l'albuminurie pour la mère ne dépend pas seulement de la présence de l'albumine dans les urines, ni de la quantité constatée dans les vingt-quatre heures, mais des autres troubles, qui peuvent apparaître d'un moment à l'autre et qui sont sous la dépendance de la même cause.

En dehors de cela, l'albuminurie gravidique, s'accompagnant d'œdème des organes génitaux, peut favoriser des déchirures du périnée au moment de l'accouchement; pendant le *post partum* elle met la femme en état de moindre résistance et la prédispose aux infections, d'autant plus qu'on est limité dans l'emploi des antiseptiques.

Le pronostic fœtal doit être très réservé, car, malgré le traitement appliqué à la mère, il peut mourir dans l'utérus ou être expulsé prématurément. Lorsqu'il naît à terme, il est souvent petit et malingre, mais en général, dès que ces enfants sont séparés de l'organisme maternel, leur développement devient normal et donne d'excellents résultats.

De la *pathogénie* de l'albuminurie gravidique nous dirons peu de chose, nous n'exposerons que la théorie actuelle ; car c'est sur elle qu'est basé le traitement.

Par le fait même de la gravidité, l'organisme de la femme renferme plus de produits toxiques parce que, d'une

part, son intestin fonctionne mal et que les oxydations de ses produits de désassimilation sont ralenties, et que, d'autre part, la disparition de la menstruation retient un certain nombre de toxines qui devraient être éliminées. Peut-être faudrait-il faire jouer également un rôle aux corps jaunes, qui ne se forment plus périodiquement pendant la grossesse et qui, d'après Prenant, doivent être considérés comme des glandes à sécrétion interne ; il est possible que leur produit ait un rôle anti-toxique; on a voulu voir également dans le placenta un organe sécréteur. Ces poisons doivent être détruits et éliminés ; de nombreux organes sont chargés de ces fonctions, le foie joue le principal rôle dans la destruction ou la transformation des toxines, alors que le rein occupe le même rang dans la fonction d'élimination. Une intégrité anatomique parfaite de ces organes est nécessaire pour le bon fonctionnement de l'organisme ; si l'un vient à faiblir, l'autre doit le suppléer, sinon des troubles apparaissent.

Le foie est chargé d'un travail exagéré au cours de la grossesse : sous l'influence de ce surmenage il peut devenir insuffisant. Le rein doit alors le suppléer, mais à son tour il est irrité par l'excès de produits qu'il est obligé d'éliminer ou par certains d'entre eux qui n'arrivent habituellement pas jusqu'à lui, il devient un filtre imparfait et laisse passer l'albumine.

Telle est la cause déterminante de l'albuminurie gravidique, elle peut se résumer en un mot, c'est une *toxémie*. Mais il existe un certain nombre de causes prédisposantes : la primiparité aussi bien chez les femmes jeunes que chez les femmes âgées, les antécédents pathologiques et en particulier les antécédents hépatiques, ictère, coliques hépatiques, cholémie, la fatigue, le surmenage, les privations, les intoxications chroniques, le développement exagéré de l'utérus, grossesse gémellaire, gros œuf, hydramnios, les grossesses répétées et rapprochées, les grossesses anormales comme la môle hydatiforme, l'hérédité même, qui serait

expliquée par le cas de cholémie simple familiale décrite par Gilbert et Lereboullet.

A côté de ces causes, il y en a d'autres dont l'action n'est pas douteuse et plus directe encore, ce sont le froid et surtout le froid humide, l'absorption de certains aliments, gibier, charcuterie, poissons, la constipation opiniâtre, l'albuminurie à une grossesse antérieure. On a décrit en effet de véritables albuminuries à répétition, l'albumine apparaît à chaque grossesse alors que les urines n'en renferment aucune trace en dehors d'elles.

Thérapeutique. — Le traitement sera prophylactique et curatif.

Prophylactique, il devra reposer sur l'hygiène alimentaire, c'est-à-dire qu'on devra conseiller à toute femme enceinte, en insistant surtout chez celles qui ont déjà présenté de l'albuminurie à une grossesse antérieure, de s'abstenir de charcuterie, de conserves, de gibier, de certains légumes (choux, asperges, champignons, oseille, épinards, tomates, truffes), de fromages fermentés, de boissons alcooliques (liqueurs, vin rouge, cidre et bière forte). On attirera son attention sur le bon fonctionnement de l'intestin et on lui ordonnera de fréquents laxatifs et des lavages intestinaux, on emploiera pour cela un litre à un litre et demi d'eau bouillie tiède, un bock à injection et une longue canule en caoutchouc rouge flexible.

On lui recommandera de prendre chaque jour un exercice modéré en marchant au grand air, et chaque semaine un bain tiède en s'abstenant pendant la période qui correspond à celle des règles absentes.

Au point de vue du *traitement curatif*, plusieurs cas se présentent en clinique.

1. En faisant par précaution un examen d'urine, on constate qu'il y a de l'albumine, mais en quantité insignifiante ; par le réactif de Boureau elle est indosable et la femme interrogée avec soin n'accuse aucun autre symptôme d'intoxication gravidique. Il faut dans ce cas prescrire un régime blanc

dans lequel le *lait* entrera pour une grande part, il sera l'unique boisson soit pur, soit coupé d'eau de Vals, d'Evian, de Thonon, d'Alet, de Pougues ou de Bussang.

On ne devra donc permettre que les aliments suivants :

Potages maigres ou au lait avec pain ou pâtes.

Poissons : poisson de rivière, à la condition qu'il soit très frais.

Viandes : viandes blanches, veau, agneau et porc frais ; volailles, poulet et pigeons; cervelles.

Légumes: pommes de terre, pois, lentilles, racines, laitue, chicorée, haricots verts et secs, riz.

Pâtes: nouilles et macaroni.

Fromages : blancs et frais.

Desserts : fruits cuits, gâteaux secs.

Deux fois par semaine les urines seront recueillies pour en apprécier la quantité, et elles seront analysées avec beaucoup de soin.

L'intestin sera surveillé de très près, et on fera porter une ceinture de flanelle. Les fonctions de la peau seront activées par l'emploi des bains tièdes et par les frictions sèches ou alcoolisées sur le corps.

II. Si la quantité d'urine diminue et descend au-dessous d'un litre, on fera prendre dans la journée une bouteille d'une des eaux minérales déjà citées, dans laquelle on mettra 40 grammes de lactose. Si malgré ce traitement le taux des urines éliminées dans les vingt-quatre heures n'augmente pas et si l'albumine devient plus abondante, on soumettra la femme enceinte au régime suivant qui sera prescrit d'emblée, si à l'un des examens d'urine on constate plus de 0 gr. 50 d'albumine ou s'il existe d'autres manifestations de l'auto-intoxication gravidique : œdème, céphalée, ptyalisme, insomnie ou au contraire somnolence, irritabilité de caractère, etc.

1° *Régime lacté absolu.* — Le lait devra être pris à la dose de 3 litres dans les vingt-quatre heures, par tasse à café toutes les heures, il sera cru ou bouilli, chaud, tiède ou froid,

sucré mais non salé, pur ou coupé d'une eau minérale. En cas de dégoût on peut l'aromatiser de quelques gouttes d'essence de café, de vanille, de fleurs d'oranger, de kirsch même, on peut encore le couper d'un peu de thé. Après chaque prise de lait on conseillera de boire quelques gorgées d'eau minérale ou de se rincer la bouche pour éviter la fermentation que subirait le lait retenu dans la cavité buccale.

2° Porter une chemise de flanelle et rester à la chambre, celle-ci sera chauffée, si la température est inférieure à 16° ; en cas d'albuminurie intense il faudra maintenir la malade au lit avec des boules d'eau chaude pendant la saison froide.

3° Faire fonctionner l'intestin tous les jours ; prendre pour cela un laxatif quelconque, poudre ou pilule, le soir avant de s'endormir, et le lendemain dans la matinée faire un grand lavage intestinal. Une fois par semaine on ordonnera de 0 gr. 40 à 0 gr. 50 de calomel à absorber dans un peu de lait le matin ou en cas d'œdème un purgatif drastique :

Eau-de-vie allemande.	ãã 10 à 15 grammes
Sirop de nerprun.	

III. Si la quantité d'albumine ne diminue pas rapidement ou si elle augmente, si l'on voit survenir d'autres manifestations de l'hépato-toxémie pouvant faire craindre des accès éclamptiques, tout en continuant les prescriptions précédentes, on se trouvera bien de remplacer le régime lacté par quarante-huit heures de diète hydrique. La malade devra prendre toutes les heures un verre d'eau d'Evian ou de Thonon pure ou sucrée avec de la lactose.

IV. Enfin, si malgré ce traitement appliqué avec rigueur, la vie de la mère semble menacée, l'enfant étant vivant, car en cas de mort les symptômes graves s'atténuent rapidement pour disparaître même complètement, il faut interrompre la grossesse. « Il n'y a pas, dit Pinard, de symptôme spécial, il n'y a pas de critérium constituant l'indication formelle d'une intervention. C'est dans l'ensemble des symptômes qu'on doit chercher une indication. Cependant, dans les

cas relativement nombreux où j'ai eu à prendre un parti, je me suis surtout appuyé sur la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures. Tant que la quantité recueillie dans ce laps de temps est égale à 800 ou 1.000 grammes, je crois que l'interruption de la grossesse n'est pas indiquée, à moins de circonstances exceptionnelles. Mais, dès que la quantité tombe au-dessous de ce chiffre et s'y maintient, je crois qu'il est opportun d'interrompre la grossesse. »

Certaines complications réclament un traitement spécial ; l'œdème des membres inférieurs est combattu par le repos au lit et par des diurétiques : lactose, tisane de queues de cerises, de chiendent nitré, d'uva ursi. Les membres inférieurs seront lavés deux fois par jour avec de l'eau alcoolisée et entourés d'ouate recouverte de taffetas gommé, et cela dans le but de déterminer une sudation abondante. On ne devra avoir recours aux mouchetures que poussé par la nécessité, menaces de sphacèle au début du travail, et on déploiera l'antisepsie la plus rigoureuse. Contre la dyspnée on appliquera des ventouses sur le thorax et on fera respirer de l'oxygène à la dose d'une trentaine de litres dans les vingt-quatre heures. L'insomnie sera combattue par la chloralose, 0.25 centigr. en un cachet à prendre le soir.

Les douleurs lombaires seront soulagées par de la révulsion : frictions, ventouses scarifiées.

Si le fœtus meurt, il faut s'abstenir de toute intervention immédiate, car on voit souvent survenir une atténuation rapide des symptômes alarmants dans les jours qui suivent la mort du fœtus.

Pendant l'accouchement, on devra exagérer les précautions antiseptiques pour éviter l'infection, les albuminuriques offrant un excellent terrain pour le développement microbien. Mais on ne devra employer aucun produit toxique comme le sublimé, l'acide phénique ou les préparations qui en contiennent. On s'adressera pour les injections vaginales ou intra-utérines et pour les toilettes vulvaires à l'hydrate de chloral à 10 pour 1000, au lusoforme à 10 pour 1000, à

l'aniodol à 1 pour 2000, au permanganate de potasse à 1 pour 4000. La parturiente sera l'objet d'une surveillance particulière, elle devra être d'autant plus rigoureuse que la femme aura présenté de l'albumine et d'autres manifestations de l'hépato-toxémie dans les jours qui ont précédé l'accouchement.

S'il y a une déchirure du périnée, déterminée par la présence de l'œdème de la région, il sera préférable d'attendre la disparition de celui-ci pour faire la réparation. La plaie périnéale devra être lavée fréquemment et recouverte d'un pansement humide chaud pour favoriser la résorption de l'infiltration séreuse.

Au moment de la délivrance et dans les heures qui lui succèdent, il faut surveiller l'état de l'utérus et être prêt à lutter contre les hémorragies qui ne sont pas rares chez les albuminuriques, massage de l'utérus, injections vaginales ou intra-utérines à 48°, sérum artificiel.

Les soins antiseptiques seront continués pendant toute la durée des suites de couches ; le régime lacté sera maintenu jusqu'à la disparition de l'albumine, qui peut être plus ou moins rapide. Pour s'en assurer on devra le plus souvent avoir recours au cathéthérisme afin d'éviter le mélange du sang ou d'écoulement lochial à l'urine destinée à être examinée. L'albuminurie persiste en général pendant une durée d'autant plus longue qu'elle existait depuis plus longtemps au cours de la grossesse ou que sa quantité était considérable; aussi dans certains cas, la voit-on disparaître au bout de quatre à cinq jours, alors que dans d'autres cas il faut attendre une ou plusieurs semaines.

L'albuminurie gravidique, qui seule a été l'objet de cette étude, n'est pas une contre-indication à l'allaitement. Les femmes qui ont présenté de l'albumine pendant leur grossesse peuvent nourrir et devenir d'excellentes nourrices; la sécrétion n'est en rien modifiée par cet état pathologique, ni par le régime lacté auquel la mère peut être soumise encore pendant un certain temps; d'un autre côté, la gué-

rison de l'albuminurie n'est pas influencée par l'allaitement.

II. — Brightisme et grossesse.

La grossesse survenant chez une femme atteinte de mal de Bright est presque toujours l'origine d'une aggravation de la lésion rénale et de ses symptômes, de même que l'existence d'une néphrite chronique chez une femme enceinte est la source de complications multiples. Ces complications sont celles que nous avons passées en revue en étudiant l'albuminurie gravidique, elles sont le plus souvent à un degré plus accusé et elles apparaissent d'une façon plus précoce, dès les premiers mois de la gestation. Les principales manifestations sont l'œdème souvent considérable des membres inférieurs accompagné de bouffissure du visage, la céphalée frontale, les vertiges, les troubles de la vue, l'insomnie, l'essoufflement, les palpitations, les congestions pulmonaires en rapport avec des troubles circulatoires, la diminution de la sécrétion urinaire. Nous laisserons de côté les caractères particuliers que présente l'albumine, parce qu'au point de vue clinique ils sont difficiles à apprécier, mais nous signalerons tout particulièrement le bruit de galop, constaté au niveau du cœur presque toujours hypertrophié. Chaque fois qu'au cours d'une grossesse on constatera de l'albumine dès les premiers mois, même en l'absence de signes antérieurs de brightisme, il faudra songer à une néphrite latente à laquelle la gestation donne un coup de fouet, l'examen des antécédents pathologiques de la malade vient le plus souvent en fournir la preuve.

En dehors des symptômes propres au mal de Bright on constate fréquemment l'apparition rapide et accusée de toutes les manifestations de l'auto-intoxication gravidique, car le foie surchargé de besogne est bientôt insuffisant.

En présence d'une femme atteinte de mal de Bright qui devient enceinte, il faut, même en l'absence d'accidents, prescrire dès le début de la grossesse le régime de l'albumi-

nurie qui doit être suivi très sévèrement : régime lacté alternant avec le régime végétarien déchloruré, évacuation régulière de l'intestin. Les urines seront recueillies régulièrement; si celles-ci diminuaient de quantité, au-dessous de 1.000 grammes, la diète hydrique serait instituée pour vingt-quatre ou quarante-huit heures. Les refroidissements devront être évités, aussi la malade devra-t-elle porter une ceinture ou une chemise de flanelle suivant la saison : en hiver elle gardera la chambre, qui sera maintenue à la température constante de 18 à 20°.

Grâce à ces précautions la grossesse peut parfois aller jusqu'à terme; on ne serait autorisé à l'interrompre artificiellement que si, malgré un régime bien suivi, la quantité d'urines devenait inférieure à 800 grammes, si la quantité d'albumine augmentait et enfin si l'on constatait l'apparition des signes précurseurs de l'éclampsie.

Dans le cas où l'accouchement spontané ou provoqué donne naissance à un enfant vivant, l'allaitement sera interdit.

III. — Albuminurie des suites de couches.

L'albuminurie peut se manifester seulement pendant le post-partum sous l'influence d'accidents infectieux, dits puerpéraux. Il s'agit alors d'une néphrite infectieuse, qui ne présente aucun caractère spécial et qui nécessite le traitement classique.

ALLAITEMENT

Normalement un seul lait convient à l'enfant et particulièrement à l'enfant nouveau-né, c'est le *lait de sa mère* dont la constitution chimique correspond à ses besoins naturels. Malgré les efforts faits par le corps médical et même par les pouvoirs publics, ce mode d'alimentation physiolo-

gique n'est pas généralisé; un trop grand nombre de femmes, qui pourraient nourrir, se soustraient encore à ce devoir. Les autres modes d'allaitement sont l'*allaitement par la nourrice au sein*, l'*allaitement artificiel* ou alimentation au moyen d'un lait d'animal, enfin l'*allaitement mixte* dans lequel l'allaitement naturel est associé à l'allaitement artificiel.

L'allaitement par la nourrice a comme avantage de fournir au nouveau-né un lait qu'il puise directement à sa source et qui par conséquent est pur et à la température convenable ; mais, au point de vue social, on peut lui reprocher, s'il s'agit d'une nourrice sur lieu de priver son propre enfant non seulement du lait qui lui appartient, et encore des soins de sa mère, et, dans le cas où la nourrice emporte chez elle le nourrisson, d'enlever l'enfant à la sollicitude maternelle.

Quant à l'allaitement artificiel, le gros reproche qu'il faut lui adresser, c'est de donner à l'enfant un lait qui n'est pas fait pour lui, car sa constitution chimique diffère notablement de celle du lait de femme. Dans la plupart des cas, ce lait, en dehors des altérations auxquelles il est exposé, subit des modifications qui ne sont pas négligeables, ébullition, stérilisation, coupage.

Ce n'est donc plus un produit vivant qu'on donne au nourrisson, mais un lait mort.

Au point de vue pratique l'étude de l'allaitement doit donc être divisé en trois chapitres, l'allaitement au lait de femme ou allaitement naturel, l'allaitement au lait d'animal ou allaitement artificiel, et enfin l'allaitement mixte.

I. — Allaitement au lait de femme.

Ce mode d'alimentation est le seul qui convienne véritablement à l'enfant; notre devoir est donc de conseiller l'allaitement maternel dans la majorité des cas, mais il existe parfois des difficultés ; celles-ci sont de trois ordres, contre-

indications pour raison médicale, impossibilité pour raison anatomique, impossibilité pour raisons sociales.

Contre-indications. — L'allaitement par la mère doit être interdit dans tous les cas de tuberculose pulmonaire, même si les lésions sont peu accusées ou si elles sont guéries, chez les femmes atteintes de mal de Bright ancien, de cardiopathies ayant présenté des troubles de compensation, d'épilepsie, de folie, de cachexie, d'anémie aiguë.

A côté de ces contre-indications absolues, il peut y avoir des contre-indications relatives basées sur l'état général de la mère, mais qu'il est impossible d'établir sur des règles fixes.

Impossibilité anatomique. — Certains mamelons ombiliqués ne permettent pas l'allaitement, tous les efforts faits pour les rendre plus saillants, tractions manuelles ou instrumentales, ne font qu'augmenter la rétraction du bout du sein. Il ne faut renoncer à l'allaitement dans ce cas qu'après avoir épuisé tous les moyens dont nous disposons soit pour vaincre la défectuosité anatomique, soit pour faire téter l'enfant au moyen d'un bout de sein. Certaines opérations chirurgicales ayant intéressé les glandes mammaires, et particulièrement les incisions pour abcès multiples, ont pu déterminer de l'atrophie des glandes.

Impossibilité sociale. — Les femmes obligées de gagner leur vie doivent le plus souvent renoncer à nourrir leur enfant si elles n'ont pas de foyer.

Indication absolue à l'allaitement maternel ou contre-indication à l'allaitement mercenaire. — La syphilis est une contre-indication absolue à l'allaitement du nouveau-né par une nourrice, que la syphilis soit certaine, lésions spécifiques de l'enfant, ou probable, aveu d'un des générateurs, stigmates reconnus ou même soupçonnés par les antécédents obstétricaux, expulsions répétées de fœtus mort et macéré, disproportion entre le poids du fœtus et le poids du placenta. L'allaitement maternel est toujours indiqué dans ces cas, à son défaut c'est à l'allaitement artificiel qu'il

faut s'adresser. Si la famille voulait prendre une nourrice malgré la défense du médecin, celui-ci devrait se retirer.

Montée laiteuse. — Habituellement la montée laiteuse véritable se produit dans le courant de la troisième journée, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'accouchement ; avant cette date les glandes mammaires renferment bien un peu de liquide, le colostrum, dont la sécrétion commence souvent pendant la grossesse. La montée laiteuse proprement dite est caractérisée par une fluxion mammaire qui se manifeste par une induration et une tension de la totalité du sein. Au moment de ces phénomènes congestifs le pouls est d'ordinaire accéléré, la température peut s'élever de quelques dixièmes de degré ; la nouvelle accouchée accuse parfois des bouffées de chaleur, de la céphalalgie et une certaine gêne dans la région thoracique pouvant s'étendre jusqu'au creux axillaire et même dans la région dorsale. Ces phénomènes sont d'ordinaire très passagers et durent de vingt-quatre à quarante-huit heures; ils ne réclament un traitement que s'ils sont très accusés et douloureux : l'application de compresses humides chaudes et une légère compression suffisent à les calmer. Si la femme ne doit pas nourrir, les seins sont recouverts d'abord d'une lame de coton hydrophile stérilisé, puis d'une épaisse couche de coton cardé qui permet d'appliquer une compression énergique au moyen de bandes de crépon de laine. La montée laiteuse est parfois retardée de plusieurs jours sans cause apparente; dans certains cas elle se fait lentement et progressivement. Elle est d'ordinaire d'autant plus rapide que la femme a déjà fait une ou plusieurs nourritures.

Précautions à prendre au cours de l'allaitement au sein. — Qu'il s'agisse d'allaitement maternel, allaitement physiologique, ou d'allaitement mercenaire, les règles générales sont les mêmes tant en ce qui concerne la nourrice qu'en ce qui touche le nourrisson.

Avant et après chaque tétée les bouts de sein seront lavés avec un tampon d'ouate hydrophile trempé dans une solu-

tion de borate de soude. Le moyen le plus pratique est de préparer tous les matins un petit récipient couvert, sucrier, beurrier, pot à confitures, qui aura été bouilli une première fois et qu'on fera bouillir ensuite une fois par semaine, on le remplit d'une solution de borate de soude à 40 p. 1.000 et on y place une vingtaine de boulettes de coton hydrophile stérilisé de la grosseur d'une petite noix. Il faudra avoir la précaution de bien se laver les mains avant de préparer les tampons de coton et avant de toucher au mamelon.

Pendant le premier mois on applique sur chaque mamelon une petite rondelle de gaze stérilisée qu'on change à chaque tétée. La gaze sèche est préférable aux compresses humides, s'il n'existe pas de lésions, car ces dernières ont l'inconvénient de faire macérer les bouts de sein. Un certain nombre de complications, crevasses, fissures, lymphangites, etc., peuvent survenir au niveau des seins au cours de l'allaitement, habituellement dans les premiers jours, nous les décrivons à l'article Seins.

Régime et hygiène de la femme qui allaite. — Ne pas changer le régime alimentaire habituel, à condition qu'il soit peu épicé, viandes et légumes à chaque repas en exceptant le gibier, les asperges, l'ail, l'oignon, les choux, le cresson, les fruits acides, les fromages fermentés.

Éviter une quantité excessive de boissons ; aux repas : eau rougie ou bière légère trois quarts de litre à un litre environ par jour ; en dehors des repas : lait, eau, tisane rafraîchissante, citronnade, orangeade.

Supprimer le café, le thé fort et l'alcool.

Prendre de l'exercice tous les jours : promenade au grand air.

Éviter les fatigues, les émotions, les rapports sexuels trop fréquents.

Surveiller le fonctionnement intestinal, recourir, si c'est nécessaire, aux laxatifs qui n'agissent pas sur les glandes intestinales et aux lavements. On prescrira par exemple, le

soir avant de se coucher, une cuillerée à café de la poudre suivante dans un demi-verre d'eau :

Poudre de réglisse . . . . . . Poudre de feuille de séné à l'alcool	ãã 20 grammes.
Soufre . . . . Crème de tartre	ãã 10 —

Ne pas prescrire, à moins de nécessité absolue, les médicaments suivants : alcool, arsenic, aspirine, belladone, brome, calomel, chloroforme, colchique, digitale, ergot de seigle, éther, iode, iodure de potassium, opium sous toutes ses formes, plomb, ricin, salicylate de soude, sulfate de quinine pris à jeun, urotropine.

Menstruation et grossesse chez la femme qui allaite. — Certaines nourrices continuent à être réglées pendant l'allaitement sans perdre pour cela leurs qualités ; il arrive parfois cependant que pendant la durée de la menstruation les digestions de l'enfant soient moins bonnes, vomissements, diarrhée liquide ou verte, que les augmentations soient inférieures à la normale, que les quantités de lait sécrétées soient insuffisantes, mais ces phénomènes sont habituellement passagers.

Dans certains cas les règles sont moins abondantes, dans d'autres, au contraire, elles sont augmentées et même plus fréquentes au point que l'allaitement doit être supprimé.

La femme qui nourrit n'est pas à l'abri d'une grossesse nouvelle, même si la menstruation est suspendue. Il n'est pas rare de constater sous cette influence une diminution de la sécrétion lactée ou des modifications dans la constitution du lait, qui se traduisent chez le nourrisson par des troubles digestifs et particulièrement par des vomissements. Dès que la grossesse est reconnue, il y a avantage à cesser l'allaitement, mais d'une manière progressive, on mettra ainsi la femme à l'abri d'une fatigue exagérée.

Moyens destinés à augmenter la sécrétion lactée. — Les meilleurs moyens sont encore les moyens mécaniques : si la

sécrétion est insuffisante l'enfant sera mis plus fréquemment au sein et même aux deux seins à chaque tétée, mais il devra toujours y avoir un intervalle de deux heures entre chacune d'elles.

Quant aux substances galactogènes, leur action est loin d'être certaine; on pourra prescrire quatre cuillerées à soupe par jour de la potion suivante dans un liquide quelconque : lait, tisane, eau :

Extrait aqueux de galéga	25	grammes.
Glycéro-phosphate de chaux	15	—
Sirop de limon	500	—

ou

Extrait d'ortie blanche	100	—
Glycéro-phosphate de chaux	10	—
Sirop de sucre	500	—

L'opothérapie, basée sur les extraits de la glande mammaire ou du placenta, n'a pas encore fourni de preuves suffisantes pour que nous conseillions son usage.

Allaitement mercenaire. — La direction de l'allaitement pratiqué à l'aide d'une nourrice est exactement la même que celle que nous avons indiquée pour l'allaitement maternel. Deux inconvénients sont à éviter, le premier c'est que le nouveau-né ne prenne une trop grande quantité de lait à chaque tétée, aussi ces dernières devront-elles être pesées avec soin pour se mettre à l'abri des troubles de suralimentation; le second c'est que la nourrice habituée à fournir à son enfant des quantités de lait toujours supérieures à celles qu'elle donnera à son nourrisson ne voit sa sécrétion diminuer rapidement par ce demi-sevrage. Pour éviter cet ennui, on peut soit conserver l'enfant de la nourrice pendant une ou deux semaines pour qu'il continue à alimenter la sécrétion lactée, soit faire tirer le lait du sein qui vient d'être tété au moyen d'un tire-lait ou à l'aide de la main, jusqu'à ce que le nourrisson prenne 60 à 70 grammes par tétée.

Les règles d'hygiène générale et de régime sont les mêmes que celles que nous avons conseillées pour la mère, avec

cette différence cependant, c'est que la nourrice a besoin d'être surveillée pour qu'elle ne mange pas et qu'elle ne boive pas d'une façon exagérée.

Nous renvoyons à l'article NOURRICE pour tout ce qui la concerne particulièrement, choix, etc., mais nous tenons à répéter dès maintenant ce que nous avons dit plus haut, il y a une *contre-indication absolue* à l'allaitement mercenaire, c'est la syphilis certaine ou soupçonnée du nouveau-né.

Allaitement indirect au lait de femme. — Dans certaines circonstances l'allaitement direct au sein est impossible, malformations des mamelons, malformations buccales du nouveau-né, et cependant l'allaitement au lait de femme est indiqué d'abord parce que c'est celui qui convient le mieux à l'enfant, ensuite parce que son état de santé l'exige. La mère ou une nourrice peuvent pendant un certain temps tout au moins fournir la quantité de lait qui est nécessaire; ce lait sera tiré, puis versé dans un récipient stérilisé par l'ébullition, bouteille ou verre, et donné à l'enfant soit au moyen d'une tétine, les précautions à prendre sont les mêmes que celles que nous décrivons à propos de l'allaitement au biberon, soit au moyen d'une petite cuiller. S'agit-il d'un biberon, celui-ci, rempli de la quantité de lait que doit prendre le nourrisson, sera placé dans un récipient plein d'eau chaude pour qu'il soit à une température de 37°.

Le lait est extrait des seins de différentes manières, certaines femmes peuvent le tirer directement avec la main, les bouts de sein et les mains chargées de la *traite* devront être lavés avec soin avant chaque manœuvre. Le plus souvent on se sert d'instruments construits pour cet usage, tire-lait ou téterelle aspiratrice; un instrument nouveau, le succi-pompe de de Rohan, a été établi sur des bases physiologiques et semble donner des résultats satisfaisants. Réalisant une véritable tétée artificielle, on peut espérer grâce à lui entretenir plus longtemps la sécrétion lactée.

Alimentation du nouveau-né pendant le premier mois. — Un grand nombre de troubles, qui surviennent pendant

l'allaitement et même plus tardivement, ont pour point de départ des fautes commises dans le courant des premiers mois, aussi est-ce pendant cette période qu'il faut redoubler de précautions et éviter particulièrement la suralimentation.

Quel que soit le mode d'allaitement qui aura été choisi, sein ou biberon, il y a avantage à laisser la mère et l'enfant se reposer pendant la première journée. En cas de cris de ce dernier, on pourra lui donner, deux ou trois fois au plus dans les vingt-quatre heures, une cuillerée à café d'eau bouillie.

La deuxième journée, l'enfant sera mis au sein toutes les trois heures, ce qui aura l'avantage de lui apprendre à faire des mouvements de succion avant que le sein ne soit trop tendu par la montée laiteuse, d'activer celle-ci et, enfin, de permettre au nouveau-né d'avaler un peu de colostrum. On ne l'y laissera pas plus de cinq minutes.

A partir de la troisième journée, il sera mis régulièrement au sein toutes les trois heures, il aura donc *sept tétées dans les vingt-quatre heures,* dont une seule la nuit :

1re tétée,	7 heures du matin,	
2e	—	10 heures,
3e	—	1 heure,
4e	—	4 heures,
5e	—	7 heures,
6e	—	10 heures,
7e	—	nuit (de 1 heure à 3 heures du matin).

Si la première tétée est donnée à 6 heures du matin, la dernière aura lieu entre 9 et 10 heures du soir à cause du temps perdu dans le courant de la journée ; il y a avantage à ne pas dépasser dix heures comme limite de la dernière tétée du jour pour permettre à la mère de se reposer.

Dans la journée il est souvent nécessaire au début de réveiller l'enfant à l'heure fixée pour la tétée. Celle-ci ne devra jamais durer plus de dix à quinze minutes ; les tétées

du matin seront moins longues que celles du soir, le lait venant avec moins d'abondance à la fin de la journée. La durée du temps pendant lequel l'enfant doit rester au sein dépend de plusieurs circonstances, abondance de la sécrétion et avidité de l'enfant ; la balance est seule capable de donner des renseignements à ce sujet. Malheureusement on ne peut y avoir recours que dans la clientèle aisée où il est alors possible de fixer à peu près mathématiquement la quantité de lait de chaque tétée.

Elle sera :

Le 3e	jour	de 15 à 20	gr. par	tétée ou	105 à 140	gr. par	24 heures.
4e	—	de 20 à 25	—	—	140 à 175	—	—
5e	—	de 25 à 30	—	—	175 à 210	—	—
6e	—	de 30 à 35	—	—	210 à 245	—	—
7e	—	de 35 à 40	—	—	245 à 280	—	—
8e	—	de 40 à 50	—	—	280 à 350	—	—
9e	—	de 50 à 60	—	—	350 à 420	—	—
10e	—	de 60	—	—	420	—	—
15e	—	de 70	—	—	490	—	—

Pour la plupart des enfants 70 grammes par tétée, ce qui fait 490 grammes de lait dans les vingt-quatre heures, suffisent et permettent une augmentation journalière de 20 à 25 grammes. Si le poids de l'enfant restait stationnaire ou si l'augmentation n'était par jour que de quelques grammes, on pourra lui donner 80 grammes avant le quinzième jour, époque à laquelle il doit les prendre habituellement, et on atteindra 80 grammes au début du deuxième mois.

Il est bien entendu que les quantités de lait indiquées dans le tableau précédent et dans celui qui va suivre sont des moyennes, elles ont été établies en supposant un lait de constitution normale et un enfant pesant 3.250 grammes à 3.500 grammes à sa naissance. Ce dernier a-t-il un poids inférieur, il pourra être maintenu à 60 grammes par tétée pendant plus longtemps, son poids est-il au contraire au-dessus de 7 livres, des quantités de lait plus élevées sont souvent nécessaires. La valeur nutritive du lait est également

très variable et influe sur les quantités qui sont nécessaires à l'entretien et à l'accroissement du nourrisson.

Dans les milieux où l'enfant ne peut être pesé, on devra se baser sur l'aspect général, l'état de la fontanelle antérieure et sur les caractères des selles. Un enfant, qui reçoit la quantité de lait suffisante pour son entretien et pour sa croissance, doit, pendant le premier mois, s'endormir après la tétée, avoir des selles jaunes et bien liées (trois en moyenne dans les vingt-quatre heures), présenter des fontanelles qui ne sont ni déprimées ni trop tendues. Il ne devra pas avoir de régurgitations après chaque tétée et encore moins rejeter une plus ou moins grande quantité de lait caillé une ou deux heures après ; si ces troubles digestifs se manifestaient, il faudrait s'assurer que l'enfant est bien réglé, et diminuer la durée de chaque tétée.

Alimentation pendant les autres mois.

2e	mois,	80	gr. par	tétée,	7	tétées,	560	gr.	par 24 heures.
3e	—	90	—	—	7	—	630	—	—
4e	—	110	—	—	7	—	770	—	—
5e	—	120	—	—	7	—	840	—	—
6e	—	130	—	—	7	—	910	—	—
7e	—	140	—	—	7	—	980	—	—
8e	—	150	—	—	6	—	900	—	—

Il y a avantage à ne jamais dépasser 150 grammes par tétée dans le courant de la première année ; aussi dès le huitième mois y a-t-il intérêt à remplacer une des tétées indiquées dans le tableau précédent par une bouillie de farine préparée avec 150 grammes de lait sucré.

Augmentation du nouveau-né. — Pendant les premiers jours l'enfant diminue de poids, il évacue une quantité plus ou moins considérable de méconium avec lequel il avait

été pesé le jour de sa naissance; il vit d'autre part aux dépens de lui-même. Sa diminution est en raison directe de son poids primitif, peu accusée chez les petits enfants, elle peut être de 400 à 500 grammes avec un nouveau-né de 4.000 à 4.500 grammes; aussi est-il impossible de fixer la date à laquelle ce dernier doit reprendre son poids de naissance, elle sera d'autant plus tardive que l'enfant sera plus volumineux et par conséquent qu'il aura plus diminué. Chez ces derniers ce n'est que vers le 15e ou 20e jour que l'enfant a repris son poids initial.

Les pesées quotidiennes, conseillées par beaucoup d'auteurs, donnent de mauvais résultats pratiques, car bien souvent le poids d'un jour est inférieur à celui de la veille; il suffit pour cela que lors de la première pesée l'intestin et la vessie n'aient pas fonctionné et que le lendemain au contraire l'enfant ait uriné et ait été à la garde-robe avant d'être placé sur la balance. La diminution de poids constatée bien qu'inexacte en réalité peut influer sur la nourrice qui s'alarme à tort, aussi est-il préférable de ne peser les enfants que tous les deux jours pendant les trois premiers mois, et ensuite deux fois et une fois par semaine. Les augmentations quotidiennes qui sont en moyenne de 25 grammes pendant les deux premiers mois, vont ensuite en diminuant.

Quantités moyennes d'augmentation :

	Par jour.	Par mois.
	—	—
1er mois . .	25 à 30 gr.	600 gr. à partir du poids minimum.
2e — . .	25 gr.	750 —
3e — . .	22 —	660 —
4e — . .	20 —	600 —
5e — . .	18 —	540 —
6e — . .	15 —	450 —
7e — . .	13 —	390 —
8e — . .	10 —	300 —

Tableau d'accroissement.

Naissance. .	3.250 gr.	3.500 gr.	4.000 gr.
Au 10e — .	3.125 —	3.340 —	3.555 —
Au 5e jour .	3.000 —	3.200 —	3.400 —
Au 15e — .	3.250 —	3.480 —	3.700 —
A 1 mois. .	3.625 —	3.855 —	4.150 —
A 2 — . .	4.375 —	4.605 —	4.900 —
A 3 — . .	5.035 —	5.265 —	5.560 —
A 4 — . .	5.635 —	5.865 —	6.160 —
A 5 — . .	6.175 —	6.405 —	6.700 —
A 6 — . .	6.575 —	6.855 —	7.150 —
A 7 — . .	6.965 —	7.245 —	7.540 —
A 8 — . .	7.265 —	7.545 —	7.840 —

II. — Allaitement au lait d'animal.

Dans la pratique le seul lait employé d'une façon courante est le lait de vache, les autres laits constituent des modes d'alimentation exceptionnels.

Le lait d'ânesse rend des services pour nourrir les nouveau-nés débiles dans le cas où ils ne peuvent être alimentés ni par leur mère, ni par une nourrice ; mais son usage ne peut pas être continué bien longtemps. On peut encore y avoir recours dans les cas de montée laiteuse retardée soit naturellement, soit sous l'influence d'une cause pathologique, ou en attendant l'arrivée de la nourrice, lorsqu'on désire ne prendre cette dernière qu'au bout d'une dizaine de jours. Les inconvénients du lait d'ânesse, en dehors de son prix d'achat relativement élevé et des difficultés de se le procurer, sont sa pauvreté en beurre et les dangers qu'il peut présenter en s'altérant, car il ne peut être ni bouilli ni stérilisé.

Le lait de chèvre a une composition très différente de celle du lait féminin, aussi entraîne-t-il assez rapidement des troubles digestifs chez le nourrisson.

Quant aux laits dits humanisés et maternisés, ce sont des laits de vache modifiés par des manipulations destinées à les rapprocher le plus possible du lait de femme ; ils ne donnent pas de résultats supérieurs à ceux qu'on obtient avec le lait de vache stérilisé.

Le lait de Backhaus ou lait digéré est surtout destiné aux nourrissons malades, son emploi est par cela même très limité. (Voir art. Lait.)

Précautions à prendre dans l'emploi du lait de vache. — L'idéal de l'allaitement artificiel serait de donner à l'enfant le lait immédiatement après la traite, à la condition que les vaches laitières aient été soumises à la réaction de la tuberculine et que le lait ait été recueilli aseptiquement, lavage des pis et des mains de la personne chargée de traire, récipient bouilli ou stérilisé. Malheureusement en pratique cet idéal ne peut être réalisé ; dans les grandes villes le lait, qui vient presque toujours de la campagne, ne peut, dans la plupart des cas, être livré au plus tôt que plusieurs heures après la traite. Pendant ce temps les nombreux micro-organismes qu'il renferme ont le temps de s'y développer, développement d'autant plus rapide que la température extérieure est plus élevée. Ils sont un danger non seulement par leur présence, car ils continueront à vivre et à pulluler dans le tube digestif du nourrisson, mais encore par les toxines qu'ils sécrètent; il peut donc y avoir à la fois infection et intoxication. Pour remédier à ces inconvénients souvent graves, et nous ne parlons pas des fraudes si fréquentes dans le commerce, on est obligé de soumettre le lait à l'action de la chaleur; pour obtenir une stérilisation parfaite cette dernière devrait être effectuée immédiatement après la traite. C'est ainsi qu'on opère dans la stérilisation industrielle, le lait stérilisé à l'autoclave est ensuite bouché hermétiquement et cacheté ; aussi peut-il être conservé pendant un temps assez long tant qu'il reste à l'abri de l'air, mais il est susceptible de s'altérer rapidement dès que les flacons sont débouchés.

Dans la pratique il n'existe que deux procédés : l'ébullition et la stérilisation au moyen d'appareils inventés pour cet usage; l'une et l'autre doivent être pratiquées à une époque très rapprochée de la traite. L'ébullition doit durer cinq minutes au moins; il faut avoir la précaution au moment où le lait monte (80 degrés) de crever la pellicule formée à la surface.

La stérilisation à domicile est effectuée au moyen d'un appareil du type Soxhlet, composé d'une marmite avec couvercle renfermant un porte-bouteille. Chaque bouteille, qui servira plus tard de biberon, est remplie de la quantité de liquide, lait et eau bouillie, que doit boire l'enfant à chaque tétée et munie de son obturateur. Elles sont ensuite placées dans le porte-bouteille et celui-ci dans la marmite, on verse de l'eau dans cette dernière jusqu'à un niveau dépassant légèrement le niveau du lait dans les bouteilles. La marmite munie de son couvercle est mise sur le feu ; après trois quarts d'heure d'ébullition (ne pas confondre avec trois quarts d'heure de chauffage) on enlève le récipient du feu et on le laisse refroidir doucement.

Sous l'influence de la condensation de l'air la pression atmosphérique applique les obturateurs sur les goulots et assure le bouchage hermétique. Chaque bouteille ne sera ouverte qu'au moment de la tétée et ne devra servir qu'à une seule tétée.

Les bouteilles seront rincées, brossées et bouillies tous les jours avant d'être remplies de lait.

Le lait ainsi stérilisé est sans aucun doute un lait modifié dans sa constitution chimique et biologique : un certain nombre de produits vivants sont détruits, plusieurs substances chimiques qui le composent sont transformées. Il doit nécessairement en résulter des modifications dans la digestion et dans la nutrition du nourrisson ; l'aspect de ce dernier est en effet différent de l'aspect de l'enfant nourri au sein ; sans parler des troubles digestifs, qui accompagnent fréquemment ce mode d'alimentation, l'enfant, bien que plus gros en

apparence, est d'ordinaire plus pâle, moins ferme et surtout moins résistant. Mais ces inconvénients doivent être reprochés plus à la provenance du lait (lait de vache) qu'à la stérilisation ; celle-ci a au moins pour avantage de mettre le nourrisson à l'abri des nombreuses infections qui le guettent et qui ne manqueraient pas de se développer dans son tube digestif, si le lait n'avait pas été soumis à l'action de la chaleur.

Un autre reproche qu'il est permis d'adresser à ce lait, c'est de déterminer des selles épaisses, dures, volumineuses que les enfants ont parfois beaucoup de peine à expulser, aussi la constipation est-elle fréquente chez les enfants élevés artificiellement.

Manière de faire bouillir le lait. — Si l'allaitement artificiel est mis en pratique dans les premiers mois, il est préférable de s'adresser au biberon plutôt qu'au verre ou à la cuillère.

On se servira de la bouteille graduée la plus simple et de la tétine modèle Gentile; bouteille et tétine seront bouillies une fois par jour dans un récipient couvert consacré uniquement à cet usage. Après chaque tétée elles seront rincées avec de l'eau bouillie et laissées à demeure dans le récipient rempli d'eau bouillie.

On emploiera de préférence le lait stérilisé industriellement ou le lait qu'on stérilisera soi-même avec un des nombreux appareils indiqués précédemment. Dans les milieux où il n'est pas possible d'avoir recours à ces moyens, on conseillera de faire bouillir le lait aussitôt reçu et de le conserver dans le récipient où il aura bouilli ; on aura soin de le protéger du contact de l'air extérieur par un couvercle, de le tenir au frais, surtout pendant la saison chaude, et de le consommer dans la journée.

Le lait sera toujours donné coupé suivant les proportions indiquées plus loin, il sera sucré avec un demi-morceau de sucre de taille moyenne pendant la première semaine et avec un morceau de sucre entier pendant le premier mois, la proportion est environ 10 grammes de sucre pour 100 grammes de liquide. Il faut éviter le sucre en poudre du commerce

souvent falsifié, le sucre peut être remplacé par la lactose si l'enfant est constipé.

Si on stérilise le lait soi-même, il faut le faire dès qu'il est livré. On met dans chaque bouteille bien rincée le sucre et les quantités de lait et d'eau que l'enfant doit prendre à chaque tétée; il y aura donc sept biberons, qui après la stérilisation seront tout prêts à servir. Il suffira d'enlever le bouchon et de le remplacer par la tétine.

Si l'on fait usage de lait stérilisé industriellement ou de lait bouilli, on préparera le biberon aussitôt avant de le donner à l'enfant. La bouteille ne sera retirée du récipient dans lequel elle est plongée, qu'après s'être savonné les mains avec soin. Cette précaution une fois prise, on mettra dans la bouteille d'abord le lait, puis l'eau bouillie; on y ajoutera le sucre et on adaptera la tétine sur le goulot.

Le biberon ainsi préparé sera chauffé au bain-marie pour faire tiédir le lait avant de le donner à l'enfant.

La deuxième journée, le nouveau-né prendra toutes les trois heures 10 grammes d'un mélange à parties égales de lait et d'eau bouillie, mélange qui sera continué pendant les huit premiers jours.

Il recevra toutes les trois heures un biberon de lait coupé par moitié, les quantités seront :

2e jour	10	grammes	par biberon,	7 tétées	70	grammes	par 24 heures
3e	—	15	—	—	—	105	—	—
4e	—	20	—	—	—	140	—	—
5e	—	25	—	—	—	175	—	—
6e	—	30	—	—	—	210	—	—
7e	—	40	—	—	—	280	—	—
8e	—	50	—	—	—	350	—	—

A partir du 8e jour, le mélange sera constitué par deux tiers de lait et un tiers d'eau bouillie et on suivra la progression suivante :

9e jour	50	grammes	par biberon,	7 tétées	350	grammes	par 24 heures
10e	—	55	—	—	—	385	—	—
11e	—	60	—	—	—	420	—	—
15e	—	70	—	—	—	480	—	—

Il sera bon de s'arrêter quelque temps à cette quantité pour surveiller les fonctions digestives, on n'atteindra 70 grammes que le 20e jour et 80 grammes au commencement du second mois.

Il arrive fréquemment que les enfants élevés au lait de vache sont très constipés; pour combattre cette constipation on pourra remplacer le sucre par la *lactose*, à la dose d'une cuillerée à café par biberon.

Le lait de vache demandant plus de temps pour être digéré, il y a avantage à ne donner les biberons que toutes les trois heures.

2e mois	7 biberons de	80 = 560	grammes
3e —		—	90 = 630	—
4e —		—	100 = 700	—
5e —		—	110 = 740	—
6e —	6	—	140 = 840	—
7e —		—	150 = 900	—
8e —		—	150 = 900	—

A partir du neuvième mois, c'est-à-dire à huit mois révolus un des biberons sera remplacé par une bouillie préparée avec 150 grammes de lait pur, 15 grammes de sucre et une farine blanche, froment, orge, avoine, arrov-root, etc. ; il faut éviter au début les farines chocolatées.

III. — Allaitement mixte.

L'allaitement mixte est une combinaison de l'allaitement au sein et de l'allaitement artificiel. Il est indiqué chaque fois que la mère ou la nourrice ne peut fournir à l'enfant la quantité de lait qui lui est nécessaire. Tantôt ce mode d'allaitement n'est que passager, montée laiteuse insuffisante ou tardive, diminution de la sécrétion lactée sous l'influence d'une cause pathologique ou physiologique, tantôt il est permanent, la mère par sa situation sociale ne peut fournir toutes les tétées, elle est obligée de travailler hors de chez elle une partie de la journée ou ne peut allaiter qu'avec un sein.

C'est parfois en faisant envisager à la mère la possibilité de cette méthode d'alimentation qu'on la décide à nourrir son enfant; elle donne du reste d'excellents résultats, car les produits vivants fournis par le lait de la mère favorisent la digestion et l'assimilation du lait de vache. Il y a toujours avantage à ne pas commencer trop tôt ce mode d'alimentation, chaque fois que cela est possible, dans l'intérêt de la sécrétion lactée, qui a sous cette influence des tendances à diminuer, car, en règle générale, plus on demande à un sein, plus il fournit.

L'allaitement mixte peut être pratiqué de différentes façons; lorsqu'il s'agit d'hypogalactie, il est préférable de faire donner le sein et même les deux seins à chaque tétée et de compléter les tétées insuffisantes par du lait de vache pur ou coupé d'eau. Supposons un enfant devant prendre 60 grammes et n'en trouvant que 40 dans les seins de sa nourrice, les 20 grammes qui manquent seront fournis par l'allaitement artificiel. En agissant ainsi on favorise la sécrétion mammaire et on peut espérer voir celle-ci augmenter peu à peu.

Dans d'autres circonstances il s'agit d'une femme, à qui sa situation ne permet pas de donner le sein toutes les trois heures, parce qu'elle est obligée de travailler, dans ce cas plusieurs tétées complètes de lait de vache doivent être données au nourrisson dans le courant de la journée. Cette deuxième méthode est inférieure à la première, car la sécrétion a plus de chances de diminuer, elle rend cependant de grands services, si l'enfant reçoit trois ou quatre tétées de lait de femme dans les 24 heures, elle est en tout cas supérieure à l'allaitement purement artificiel.

Complications de l'allaitement. — Un certain nombre de complications peuvent survenir au cours de l'allaitement tant du côté du nourrisson que du côté de la nourrice. Nous ne ferons que les signaler nous réservant d'étudier chacune d'elles dans des chapitres spéciaux.

Du côté de l'enfant les complications les plus importantes

sont constituées par les *troubles gastro-intestinaux* (voir Vomissements, Diarrhée et Constipation) qui sont presque toujours dus à la suralimentation quantitative ou qualitative, à la mauvaise qualité du lait ou à des fautes commises dans la préparation des biberons.

Les complications mammaires sont des lésions du mamelon et des infections, crevasses, fissures, lymphangite, galactophorite, abcès; toutes ces affections locales seront étudiées avec détail à l'article Sein.

AMÉNORRHÉE

L'aménorrhée est l'absence des règles; elle est primitive si ces dernières n'ont jamais existé ; elle est secondaire s'il y a eu une ou plusieurs époques menstruelles.

L'aménorrhée primitive est rare ; elle n'est pas toujours liée à un défaut de fonctionnement de la glande ovarienne, car un certain nombre de femmes n'ayant jamais été réglées peuvent devenir enceintes et accoucher à terme dans des conditions absolument normales. Néanmoins elle est fréquemment associée à des troubles plus ou moins graves du développement des organes génitaux. Enfin l'aménorrhée primitive peut s'observer chez des femmes dystrophiques ayant de l'aplasie des glandes à sécrétion interne, notamment du corps thyroïde.

Le diagnostic d'aménorrhée primitive n'est pas toujours si facile à poser qu'on pourrait le croire, car chez certaines femmes la menstruation peut ne faire son apparition que très tardivement, entre 20 et 25 ans par exemple. Après 25 ans il y a tout lieu de penser que la femme est bien une aménorrhéique d'emblée. Toutefois il faut se garder de prendre pour une aménorrhéique une femme ayant une rétention du sang menstruel par imperforation de l'hymen, du vagin ou du col utérin.

Le pronostic de cette anomalie est essentiellement bénin *quoad vitam*. Il l'est beaucoup moins si l'on envisage les chances de fécondation. Cependant lorsque les règles ont toujours fait défaut chez une femme, on doit encore considérer une grossesse comme possible, si cette femme est bien développée, si elle a un état général satisfaisant, des organes génitaux normaux, et surtout si elle présente des molimens menstruels. c'est-à-dire des troubles quelconques à caractère nettement périodique et mensuel (pesanteurs abdominales, gonflement des seins, épistaxis, etc.) ; ces molimens impliquent en général l'intégrité de la ponte ovulaire.

Traitement. — Il n'y a pas de traitement de l'aménorrhée primitive ; on doit seulement, après en avoir cherché la cause, instituer s'il y a lieu une thérapeutique étiologique.

Si la femme a des organes génitaux rudimentaires, il n'y a rien à tenter. S'il y a seulement de l'infantilisme local ou général, l'opothérapie peut donner d'excellents résultats et il faut prescrire soit de la poudre d'ovaire ou mieux de corps jaune, soit de la poudre de corps thyroïde, soit une médication mixte à la fois ovarienne et thyroïdienne, sans négliger de mettre en œuvre tous les traitements capables de contribuer au développement du corps : gymnastique, vie au grand air, hydrothérapie.

L'aménorrhée secondaire ou aménorrhée (sans qualificatif) est la suppression des règles. Lorsqu'elle survient alors que la vie génitale est en pleine activité, elle doit éveiller simultanément l'idée de grossesse et celle d'abstention thérapeutique. Elle persiste pendant toute la durée de la gestation et il ne faut pas prendre pour une réapparition menstruelle les écoulements sanguins qui peuvent survenir dans le cours de la grossesse. Si la femme nourrit, l'aménorrhée persiste en général pendant toute la durée de l'allaitement, et là encore elle n'est pas un obstacle à la conception. Parfois au contraire la femme voit revenir le flux menstruel ; dans ce dernier cas, elle est presque toujours moins bonne nourrice que celle qui n'a pas ses règles ; de plus il est fréquent de voir le nourris-

son présenter divers troubles tant que dure l'écoulement sanguin (poids stationnaire, selles vertes, cris, insomnies).

Si la femme n'allaite pas, la première époque menstruelle revient environ six semaines après l'accouchement, c'est ce qu'on appelle le retour de couches, l'écoulement sanguin est assez souvent d'une abondance insolite, accompagné de caillots expulsés au prix de quelques coliques utérines.

Les autres causes d'aménorrhée sont les maladies chroniques cachectisantes, les intoxications (oxyde de carbone, morphine, plomb), les impressions nerveuses très vives, le froid, la fatigue ou même simplement un changement de climat ou de régime de vie.

Quand elle survient vers la fin de la vie génitale, il faut penser à la ménopause, celle-ci peut être prématurée et se produire à 30 ans par exemple,

Enfin il faut mentionner la ménopause post-opératoire qui ne nous intéresse pas.

ANÉMIE PERNICIEUSE PROGRESSIVE

L'anémie pernicieuse est heureusement une complication très rare de la grossesse, en France tout au moins, car son pronostic est grave. Caractérisée anatomiquement par une déglobulisation du sang, le nombre des globules par millimètre cube pouvant descendre au-dessous d'un million, sa pathogénie est fort mal connue, c'est ce qui explique les nombreux traitements préconisés et les mauvais résultats obtenus.

Plus fréquente chez les multipares, elle semble débuter au cours de la grossesse, mais ce peut n'être qu'une apparence et elle persiste en s'aggravant après l'expulsion du produit de conception, expulsion souvent prématurée. Cette marche progressive, que la fin de la gestation n'interrompt pas, semble prouver que cette affection est indépendante de la grossesse, et qu'il n'y a entre elles aucune relation de

cause à effet, mais une pure coïncidence. Il est cependant permis de supposer que l'état de gravidité, par les modifications sanguines et par les perturbations organiques qu'il détermine, en hâte l'apparition chez une prédisposée et en précipite la marche. Cette façon de voir paraît d'autant plus rationnelle que cette maladie est souvent accompagnée de certaines manifestations de l'auto-intoxication gravidique, vomissements opiniâtres, albuminurie, etc.

Ce qui frappe chez une malade enceinte atteinte d'anémie pernicieuse, c'est, d'une part, son aspect, teinte cireuse des téguments, décoloration des muqueuses, bouffissure du visage,et d'autre part un degré d'asthénie extrême. On constate également des souffles anémiques, des poussées fébriles, des éblouissements, des tendances fréquentes à la syncope, des œdèmes et parfois même des hémorragies.

Thérapeutique. — Dès que le diagnostic aura été posé, et ce diagnostic ne peut être affirmatif qu'après un examen complet du sang, numération des globules rouges et blancs, étude des différentes variétés de globules, dosage de l'hémoglobine, etc., il faut instituer le traitement suivant :

La malade sera soumise au repos absolu au lit dans une chambre chaude, claire et bien aérée ; on lui fera chaque jour respirer 40 à 50 litres d'oxygène et on pratiquera sur tout le corps des frictions alcoolisées.

On lui donnera toutes les heures une tasse de lait froid ou chaud, bouilli ou non, et chaque matin le jus de deux ou trois oranges ou de deux ou trois citrons auquel on ajoutera une cuillerée à potage de sucre.

On a recours aux lavements nutritifs en cas de vomissements et même en dehors de ceux-ci pour augmenter la ration alimentaire.

L'intestin sera évacué tous les jours au moyen de grands lavements, et on fera prendre tous les deux jours 0,20 centigrammes de calomel.

Tous les deux jours on injectera dans le tissu cellulaire

sous-cutané de la fesse et de la partie externe de la cuisse 1 centimètre cube de la solution:

Cacodylate de soude.	0,50 centigrammes
Eau bouillie	10 grammes

et les jours intermédiaires on fera une injection sous-cutanée de 250 grammes de sérum physiologique.

Si l'on n'obtient aucune amélioration constatée par la numération des globules, le dosage de l'hémoglobine, l'état du pouls, (battant constamment au-dessus de 100), il faut mettre en œuvre le traitement obstétrical, c'est-à-dire provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré, tout en continuant ensuite la thérapeutique indiquée précédemment.

Si au contraire l'état s'améliore, le régime lacté sera remplacé par le régime lacto-végétarien, puis par un régime blanc.

Nous ne saurions trop insister pour terminer sur le pronostic grave de cette affection que la provocation de l'accouchement est loin d'améliorer dans la majorité des cas.

ANESTHÉSIE EN OBSTÉTRIQUE

L'anesthésie est assez fréquemment indiquée en obstétrique ; l'agent le plus usité est le chloroforme, aussi est-ce surtout l'emploi obstétrical du chloroforme que nous allons exposer. Nous consacrerons un petit paragraphe à la fin de ce chapitre aux autres anesthésiques utilisables.

Le chloroforme est indiqué dans les cas suivants :

1° Pour supprimer la douleur, obtenir la résolution musculaire, atténuer les contractions utérines (palper difficile, toucher manuel, version) et d'une façon générale dans toutes les interventions ayant pour but de terminer l'accouchement (forceps, basiotripsie, opérations sanglantes);

2° Pour calmer les convulsions éclamptiques (voir Éclampsie);

3° Pour atténuer les douleurs du travail, lorsqu'elle revêtent un caractère d'acuité considérable (chloroforme à la reine).

Les parturientes supportent en général très bien le chloroforme, mais ce n'est pas une raison pour en donner à toutes, car il présente aussi des inconvénients, voire même des dangers.

La conduite de l'anesthésie chloroformique est la même en obstétrique qu'en chirurgie; l'emploi du chloroforme à la reine offre cependant quelques particularités que nous donnerons plus loin. Nous croyons néanmoins utile de rappeler ici brièvement la technique de l'anesthésie chloroformique.

Pour la pratiquer il est nécessaire d'avoir:

1° Du chloroforme très pur, spécialisé de préférence;

2° Quelques mouchoirs ou compresses de toile ;

3° Une pince à langue, dont on ne se servira qu'en cas d'alerte, un ouvre-bouche, une pince longue avec un tampon de coton monté pour enlever les mucosités buccales et quelques autres tampons préparés à l'avance, tous ces objets seront placés à portée de la main pendant la chloroformisation.

On doit éviter sous peine de brûlures de mettre les régions de la compresse imbibées de chloroforme en contact avec la peau du visage ou avec les muqueuses. On y réussit aisément en donnant à la compresse la forme d'un cône à base très large ou encore en interposant constamment deux doigts entre le visage de la parturiente et la compresse.

Il est inutile, sous prétexte de préserver la peau du contact du chloroforme, de la recouvrir de vaseline, car la compresse essuie cette dernière, le chloroforme la dissout et l'on constate au réveil des brûlures inattendues.

Pour verser le chloroforme, un flacon spécial n'est pas nécessaire; si la bouteille a un bouchon de liège, une entaille latérale allant d'un bout à l'autre le transformera en stilligoutte. Dans le cas où le chloroforme est contenu dans une ampoule scellée à la lampe, il n'en coule que quelques gouttes à la fois par l'extrémité effilée préalablement brisée.

Le chloroforme est pour l'œil un caustique dangereux, il faut donc prendre garde d'en laisser tomber sur la conjonctive en le versant,

La patiente est couchée sur le dos, la tête à plat ou même un peu déclive par rapport au reste du corps, le cou et le thorax libres de toute striction. On s'assure discrètement *de visu* sans interroger la femme qu'il n'y a pas de pièces dentaires amovibles ; s'il en existe, elle les déposera elle-même dans un mouchoir.

Il est bon de causer avec la patiente, de la rassurer sur les risques de l'anesthésie et de l'opération tout en donnant les premières bouffées de chloroforme.

Conduite et surveillance de l'anesthésie. — L'anesthésie doit être conduite avec beaucoup de douceur ; il faut éviter de sidérer les malades par une forte dose de chloroforme, mais procéder, au contraire, par gradation aussi insensible que possible ; on y réussit aisément en ne versant au début qu'une ou deux gouttes de chloroforme sur la compresse et en tenant celle-ci d'abord à distance du visage pour ne l'en rapprocher que graduellement. L'accoutumance aux vapeurs de chloroforme se produit rapidement ; si l'on s'est trop pressé, une petite quinte de toux vient vous rappeler à l'ordre, on écarte alors légèrement la compresse et on modère les quantités.

Au bout de quelques minutes les malades accusent de l'engourdissement des pieds, puis de tout le corps, et des bruits variés (bourdonnements, tintements d'oreilles, etc.). Elles deviennent ensuite loquaces, elles parlent d'abord avec netteté, mais bientôt les mots s'empâtent et le langage se perd au milieu d'un bredouillement indistinct. C'est alors qu'apparaît une agitation variable, parfois nulle, parfois violente, surtout chez les grandes nerveuses ou les intoxiquées alcooliques. Puis le calme renaît, les muscles se relâchent, la respiration prend un rythme calme et régulier qu'elle devra conserver autant que possible.

A partir de ce moment les patientes doivent être obser-

vées sans que l'attention se relâche un seul instant. Cette surveillance s'exercera avant tout sur la respiration, et secondairement sur la coloration de la face, sur l'état de la pupille et du pouls. Il faut écouter constamment le rythme respiratoire, qui doit être régulier, sans ronflement ou stertor. Si la malade paraît avaler sa langue, on mettra la mâchoire inférieure en prognathisme et on l'y maintiendra, ce petit procédé permet presque toujours d'éviter la saisie de la langue avec une pince, ce qui détermine au réveil des sentions douloureuses.

Une respiration courte et superficielle est l'indice d'un excès de chloroforme ; si elle est accompagnée de mouvements de déglutition fréquents, elle annonce le vomissement.

Il faut surveiller la coloration de la face, qui doit rester rosée. La pâleur annonce l'hémorragie, le vomissement ou la syncope, indique la coloration violacée, l'insuffisance d'air à moins que la patiente ne soit en position déclive auquel cas cette coloration est constante.

L'état de la pupille ne doit pas être négligé ; est-elle dilatée, il faut redoubler d'attention, enlever la compresse, surveiller de très près la respiration et le pouls ; si elle est contractée au contraire, aucun danger n'est à craindre. Il faut savoir qu'au moment des vomissements, qui précèdent fréquemment le réveil momentané ou définitif, la pupille est moyennement dilatée.

Enfin il est nécessaire de prendre le pouls de temps en temps, afin de s'assurer de sa régularité, de son intensité et de sa fréquence, tous ces caractères ayant été notés avant le début de l'anesthésie.

Dès que l'opération est terminée, on enlève entièrement la compresse ; en général des vomissements ne tardent pas à se produire, il faut alors tenir la tête basse et inclinée sur le côté, et essuyer le visage aussi souvent que cela sera nécessaire.

Incidents et accidents de l'anesthésie — Certains *vomis-*

sements sont dus à ce que la malade a mangé depuis peu ; il est possible de les éviter en faisant avant l'anesthésie un lavage de l'estomac. D'autre fois, il faut incriminer l'irrégularité dans l'administration du chloroforme, la patiente se réveille et vomit. Le chloroforme donné à plus forte dose calme ces vomissements. Ceux-ci sont gênants par suite des violentes contractions abdominales qu'ils entraînent, ils sont également dangereux parce que les matières vomies peuvent refluer dans la trachée ; aussi faut-il désobstruer la bouche et la gorge en tournant la tête sur le côté, en la plaçant dans une position déclive et en épongeant l'arrière-bouche avec des tampons montés.

L'*asphyxie* est caractérisée par de la cyanose de la face, par l'irrégularité ou l'arrêt de la respiration. Il faut aussitôt attirer la langue hors de la bouche avec la pince destinée à cet usage et pratiquer la respiration artificielle. On désobstruera s'il y a lieu la gorge des mucosités qui peuvent l'encombrer.

La *syncope* se manifeste par la pâleur de la face, l'arrêt de la respiration, la disparition du pouls radial et la dilatation de la pupille ; c'est l'état le plus dangereux qu'on puisse avoir à combattre. La respiration artificielle combinée aux tractions rythmées de la langue ne triomphe pas toujours de cette mort apparente, qui se change trop souvent en mort réelle. C'est cependant le meilleur procédé à mettre en œuvre, il faut la continuer sans se décourager pendant au moins une heure. Si, au bout de ce temps, aucun battement cardiaque n'est perçu dans la région précordiale, il est inutile d'insister. Le massage du cœur n'est pas encore un procédé entré dans la pratique, bien qu'il ait donné des résultats satisfaisants.

Contre-indications du chloroforme. — Le chloroforme est contre-indiqué : d'une façon *absolue*, si la malade est en état d'asphyxie imminente, quelle qu'en soit la cause, ou encore si elle est menacée de syncope ; d'une façon *relative*, quand il existe des raisons de redouter une hémorragie.

Emploi du chloroforme « à la reine » contre les douleurs du travail. — L'utilité de ce mode d'emploi du chloroforme a été contestée et même vivement critiquée par certains accoucheurs. Il suffit d'essayer sur soi-même les inhalations de chloroforme pour constater que, sans aller jusqu'à la perte absolue de la conscience, les impressions douloureuses sont remarquablement atténuées et partant beaucoup mieux supportées, aussi, sans conseiller d'en généraliser l'emploi, nous n'hésitons pas à le recommander toutes les fois que les douleurs du travail revêtent une acuité excessive ou provoquent chez la parturiente une exaltation nerveuse très accusée.

Il nous a semblé que l'emploi d'un mélange de 1/3 de chloroforme avec 2/3 d'alcool pur à 90° convenait particulièrement à ce mode d'analgésie.

La technique est facile, il suffit de se tenir en deçà de la période d'excitation, de s'arrêter au moment où la patiente commence à bredouiller et de redonner du chloroforme quand elle accuse un retour trop violent des douleurs. L'anesthésie pratiquée dans ces conditions ne comporte pour ainsi dire aucun risque de syncope cardiaque ou respiratoire.

Mais elle a peut-être un inconvénient, celui de prédisposer aux hémorragies. Bien que le fait ne soit pas démontré, nous tenons à le signaler pour déconseiller l'emploi du chloroforme à la reine dans les cas où l'on aurait des raisons de redouter une hémorragie après l'accouchement (grossesse gémellaire, gros œuf, hydramnios).

Pendant la période de dilatation, on ne donne du chloroforme qu'au moment des contractions. Pendant la période d'expulsion, on ne fait respirer l'anesthésique que dans l'intervalle des contractions afin que la malade subconsciente perçoive et exécute les mouvements qu'on lui prescrit.

Nous serons brefs sur l'emploi des autres anesthésiques. L'*éther* est dangereux par la très grande facilité avec laquelle il s'enflamme même à distance, son emploi n'est indiqué

que chez les hémorragiques, car il prédispose beaucoup moins à la syncope.

Une mention spéciale doit être réservée au *chlorure d'éthyle*, anesthésique qui agit avec une rapidité foudroyante en 45 à 60 secondes. Très peu dangereux néanmoins et facile à manier, il convient admirablement aux opérations de courte durée, toutes les fois qu'on n'a pas besoin d'une résolution musculaire parfaite. Il faut en avoir une assez grande quantité à sa disposition (50 centimètres cubes environ), car on doit le donner par 10 centimètres cubes à la fois, un simple mouchoir épais suffit pour l'administrer. Il provoque assez souvent un trismus énergique avec contracture des muscles respiratoires, d'où asphyxie menaçante, aussi faut-il toujours avoir un ouvre-bouche sous la main. La respiration artificielle permet de triompher rapidement et à coup sûr de cette asphyxie dans le cas très rare où la respiration ne reprend pas d'elle-même son cours normal.

Les autres procédés d'anesthésie, cocaïne ou stovaïne rachidienne, scopolamine sous-cutanée, auraient beaucoup d'intérêt pour le praticien, si leur emploi pouvait offrir autant de sécurité que celui du chloroforme, car ils dispensent d'avoir un aide pour l'anesthésie. Malheureusement ils ne sont peut-être pas sans danger : la scopolamine notamment paraît nocive, pour le fœtus, si on la donne à forte dose ; administrée à faible dose, elle ne procure pour ainsi dire à la femme aucune analgésie. Quant à la cocaïne ou à la stovaïne injectées dans le canal rachidien, malgré les avantages qu'elles offrent, nous connaissons trop l'état d'esprit de la clientèle des petites villes ou de la campagne pour conseiller ce mode d'anesthésie, il n'est pas encore « entré dans les mœurs » comme le chloroforme.

ANTISEPSIE EN OBSTÉTRIQUE

Les mots « antisepsie obstétricale » peuvent surprendre au premier abord, il n'y a qu'une méthode antiseptique,

qu'elle s'applique à la médecine, à la chirurgie ou aux accouchements.

Il n'est pas douteux que la stérilisation des instruments, des objets de pansement ou des mains s'obtient dans tous les cas par les mêmes procédés. Par contre l'antisepsie du sujet et de la région opératoire présente en obstétrique des particularités ou, si l'on veut, des nécessités de technique qui méritent d'être décrites avec détails. Nous n'avons en vue que la stérilisation d'urgence, au lit du malade pour ainsi dire, aussi, dans tout ce qui va suivre, ne sera-t-il question ni d'étuve, ni d'autoclave.

Nous exposerons successivement :

1° Les procédés généraux de stérilisation des mains, des instruments et du matériel de pansement.

2° Les procédés particuliers propres à réaliser l'asepsie de la région opératoire (filière pelvi-génitale).

1° Procédés généraux de stérilisation.

a) *Des mains.* — La première préoccupation du praticien doit être de ne pas contaminer ses mains, il suffit pour cela de prendre l'habitude de mettre des gants de caoutchouc pour toutes les interventions septiques, si minimes soient-elles. Le gant de Chaput aux longues manchettes, aux doigts courts, au tissu épais, est le plus pratique et le plus durable de tous.

Une main ainsi préservée de toute souillure est aisée à désinfecter, il suffit pour cela d'eau bouillie chaude, de savon, d'une brosse à main en fibre de bois, large autant que possible et un peu ferme, modèle actuellement très courant dans le commerce et vendu à très bas prix.

On trouve partout de l'eau et du savon ; si ce dernier traîne dans un endroit malpropre, il suffira de tailler sur toutes ses faces un copeau assez épais.

Quant à la brosse, elle manque souvent, surtout à la cam-

pagne, il sera bon de la faire figurer sur la liste du matériel de première nécessité que le praticien emportera toujours avec lui. Elle sera bouillie.

Pour mettre l'eau, un récipient quelconque, cuvette ou soupière, peut servir à la condition d'avoir été bien lavé, puis soigneusement flambé. (Voir ci-après STÉRILISATION DU MATÉRIEL.)

Le lavage des mains sera précédé d'un nettoyage minutieux des ongles qui seront tenus constamment ras, il devra être fait dans de l'eau très savonneuse et prolongé. On peut indiquer cinq minutes de brossage méthodique comme une moyenne suffisante, mais nécessaire, ce n'est qu'en cas d'urgence extrême qu'on se permettra de l'abréger. Le lavage doit comprendre les mains et les avant-bras jusqu'au coude inclusivement.

Après le lavage il faut plonger les mains et faire ruisseler sur les avant-bras pendant quatre à cinq minutes environ une solution antiseptique (voir plus loin). Si l'on se sert de sublimé, il faut éviter de l'incorporer de suite à l'eau destinée au savonnage, le sublimé précipitant le savon en grumeaux insolubles.

Enfin il sera d'excellente pratique, si on peut avoir de la teinture d'iode fraîche sous la main, d'en badigeonner la pulpe des doigts et surtout l'ongle et la rainure unguéale ; la teinte brune qui en résulte disparaît d'elle-même en quelques heures.

b) *Des instruments.* — Les instruments métalliques doivent être en parfait état de propreté. S'ils ont été souillés par des produits septiques, pus, contact avec des tissus sphacélés ou putréfiés, il faudra avant de les remettre en place, les rincer et les brosser dans de l'eau savonneuse après les avoir entièrement démontés. La cannelure de l'aiguille de REVERDIN est particulièrement difficile à nettoyer et à stériliser, il faudra enlever complètement le ressort ferme-châs.

Ces instruments seront après rinçage plongés dans une

poissonnière contenant de l'eau additionnée de carbonate de soude (cristaux des ménagères) et de borax dans la proportion de 1 p. 100, et maintenus en ébullition pendant 20 minutes. Puis ils seront soigneusement séchés et remontés après avoir graissé les articulations avec un peu d'huile de vaseline.

Quand les instruments auront été ainsi aseptisés avec soin, on pourra au moment de s'en servir chez les parturientes se contenter d'une stérilisation rapide soit par l'ébullition pendant 10 minutes dans l'eau ordinaire (ne mettre les instruments dans l'eau que lorsqu'elle bout sous peine de les voir se rouiller rapidement), soit par le flambage. Le flambage des instruments piquants ou tranchants doit être effectué à part en évitant de bleuir l'acier.

Pour l'ébullition comme pour le flambage les meilleurs récipients sont les boîtes métalliques d'un usage si courant actuellement. Grâce au couvercle chaque boîte fournit deux plateaux.

Le flambage peut se faire avec de l'alcool à brûler et au besoin avec de l'eau-de-vie un peu forte. Si l'on veut flamber simplement un forceps, du papier peut suffire.

Les instruments non métalliques, sondes en caoutchouc ou en gomme, ballons dilatateurs, gants de caoutchouc peuvent être stérilisés par ébullition dans l'eau simple ; il faut prendre la précaution de les envelopper dans un linge de toile propre pour leur éviter le contact direct des parois léchées par les flammes. Le même procédé servira pour les instruments en verre.

c) *Du matériel.* — Les compresses de toile ou de gaze, les lacs dont les meilleurs sont les mèches de lampe plates de 1 à 2 centimètres de large, le coton hydrophile pour tampons, le fil à ligature (ficelle très fine ou gros fil de lin écru) ne peuvent guère dans la pratique courante être stérilisés que par l'ébullition pendant 10 à 20 minutes. L'eau doit complètement recouvrir le matériel à stériliser. Les cuvettes, assiettes ou récipients quelconques préalablement

bien lavés et essuyés, seront aseptisés par flambage prolongé à l'alcool.

2° Procédés particuliers propres a réaliser l'asepsie de la région opératoire (filière génitale).

Posons d'abord en principe que :

L'utérus sain est aseptique.

Le vagin *sain* contient des microbes non virulents.

La région périnéo-vulvaire est ordinairement septique.

Nos mains ou nos instruments ont donc pour arriver à l'utérus aseptique à franchir successivement la barrière périnéo-vulvaire septique, puis le défilé vaginal suspect.

D'où cette conclusion que toute stérilisation préalable des mains et des instruments est illusoire si elle n'est rigoureusement accompagnée de l'aseptisation des premières voies génitales.

a) *Aseptisie vulvo-périnéale.* — Il est inutile pour un accouchement simple de raser la vulve, il suffit de couper avec des ciseaux les poils là où ils sont trop longs et trop abondants, le rasage (mont de Vénus excepté) est au contraire de rigueur dans une opération comportant pour la mère des risques traumatiques sérieux (embryotomie par exemple).

On fait ensuite avec une compresse de gaze fortement chargée de savon un lavage à l'eau bouillie chaude pendant au moins cinq minutes de la vulve, du périnée, du mont de Vénus, de la face interne des cuisses en procédant du centre (la vulve) à la périphérie (les cuisses), puis on arrose la région avec de l'eau contenant un des antiseptiques indiqués à la fin de cet article.

Nous donnons la préférence à la combinaison de formol et de savon connue sous les noms de lysol ou de lusoforme ; on l'emploie à 1 ou 2 p. 100. Cet antiseptique alcalin est onctueux, il n'empêche pas le savon de mousser, il dissout bien les matières grasses, on peut le mêler d'emblée à l'eau ordinaire destinée au lavage.

Il faut rejeter ici l'usage trop vulnérant de la brosse et la remplacer soit par du coton hydrophile bien frotté de savon ou mieux encore par une compresse de gaze également très savonneuse.

b) *Asepsie vaginale.* — Lorsque le vagin est sain, son asepsie est suffisamment assurée par une injection antiseptique. Il faudra la faire durer longtemps, la donner sous faible pression et déplisser la muqueuse avec deux doigts. On étale successivement les parois du vagin et notamment la paroi inférieure, préparant ainsi l'accès du liquide vers le profond cul-de-sac postérieur.

Lorsque le vagin est infecté (vaginite simple ou vaginite granuleuse), un seul lavage ne suffit pas, il faut répéter fréquemment les injections, toutes les deux heures par exemple, dans le cours du travail. L'antiseptique de choix est alors le permanganate de potasse au millième.

Ces différents lavages une fois faits, on pose sur la vulve un pansement de gaze ou de coton hydrophile stérilisés, le tout est maintenu par un bandage en T facile à improviser avec quelques épingles de sûreté et deux ou trois serviettes.

Si rien ne presse, on prendra la précaution de faire évacuer le rectum à l'aide d'un lavement, avant de procéder à cette désinfection. L'évacuation de la vessie est toujours indiquée.

c) *Asepsie utérine.* — L'utérus étant normalement aseptique, il serait inutile et dangereux de pratiquer des injections utérines soit avant, soit après la délivrance en dehors d'indications résultant tantôt d'hémorragies, tantôt d'infection utérine probable ; dans ces cas il ne s'agit plus d'antisepsie préventive et systématique, mais bien d'antisepsie curative. On en trouvera plus loin les indications et la technique (INJECTIONS UTÉRINES).

Signalons en terminant que le savon est le meilleur lubréfiant à employer soit pour pratiquer le toucher digital ou manuel, soit pour introduire un instrument.

Voici la liste des antiseptiques que nous recommandons pour l'usage obstétrical.

Nom.	Titre.	Avantages.	Inconvénients.
Sublimé	1/2000	Antiseptique puissant.	Très toxique. Forme avec les matières albuminoïdes des combinaisons insolubles, précipite le savon. A éviter pour les injections utérines.
Permanganate de potasse	1/1000	Peu irritant, très peu toxique. Convient particulièrement pour injections utérines.	Tache la peau et le linge. (Les taches qu'il produit disparaissent aisément en les imbibant avec la solution commerciale de bisulfite de soude.)
Eau oxygénée à 12 vol.	1/2	Bon antiseptique. Non toxique.	Liquide. Prix élevé. Conservation difficile. Dégagement gazeux dangereux dans les utérus saignants (embolies).
Lusoforme ou Lysol	1/100	Bon antiseptique. Alcalin, savonneux,	Liquide irritant pour les muqueuses.
Teinture d'iode chloroformique à	5 p. 100	Aseptise complètement la peau par simple badigeonnage. Ne s'altère pas en vieillissant.	Caustique pour les muqueuses.

Cette liste pourrait être étendue indéfiniment, nous y avons consigné seulement les substances les plus employées,

celles qu'un long usage a fait adopter comme particulièrement propres à réaliser l'antisepsie des organes génitaux de la femme.

APPENDICITE ET PUERPÉRALITÉ

Cette affection peut apparaître à toutes les périodes de la gravidité, mais elle est plus fréquente au cours de la grossesse que pendant les suites de couches. L'état puerpéral donne à la maladie une allure spéciale : elle aggrave ses lésions, elle en précipite la marche et elle en rend le pronostic plus grave ; aussi est-il nécessaire de savoir la reconnaître le plus rapidement possible, afin de lui appliquer le traitement, qui lui convient, dès le début des accidents.

Deux cas se présentent en clinique : ou bien on est appelé auprès d'une femme n'ayant aucun antécédent appendiculaire, ou bien les symptômes apparaissent chez une femme ayant déjà eu une ou plusieurs crises. Celles-ci ont été le plus souvent légères, et elles remontent tantôt aux années précédentes, tantôt à l'enfance.

Il faut ranger dans cette catégorie les formes frustes de l'appendicite dont il est utile de bien connaître les signes caractéristiques ; leurs manifestations relevées dans les antécédents de la malade permettent souvent d'éclairer un diagnostic hésitant. Elle se manifeste par des troubles gastro-intestinaux, dyspepsie, vomissements alimentaires et bilieux, entérocolite se présentant tantôt sous forme de diarrhées soudaines, tantôt sous forme de constipation, tantôt enfin sous forme d'alternatives de constipation et de diarrhée avec débâcles. Chacune de ces manifestations n'est pas rare pendant la grossesse, aussi est-on le plus souvent porté à les mettre sur le compte de l'intoxication gravidique, d'autant plus qu'elles s'accompagnent fréquemment d'un mauvais état général avec facies jaunâtre ou terreux.

La crise appendiculaire débute toujours de la même façon,

quelle que soit la forme qu'elle doive revêtir dans son évolution. C'est une *douleur aiguë*, qui apparaît brusquement dans la fosse iliaque droite, dans le bas-ventre ou même dans le flanc droit, douleur accompagnée d'un état nauséeux et le plus souvent de *vomissements* alimentaires ou muqueux. En même temps le *facies se grippe* et le *pouls* bat 110 à 120 fois par minute ; quant à la *température*, elle peut rester normale, mais il est de règle de la voir s'élever à 38° ou 38°,5. La *constipation* est plus fréquente que la diarrhée et s'accompagne presque toujours d'un arrêt des gaz.

L'*examen local* permet de constater, par la *palpation* de la région iliaque, de l'*hyperesthésie* et de la *défense musculaire* ; le point de Mac Burney n'est souvent appréciable qu'après plusieurs jours.

La marche de l'appendicite gravidique étant ordinairement rapide, les adhérences inflammatoires n'ont pas le temps de se produire ; aussi ce n'est pas vers l'abcès localisé que tend à évoluer l'affection, mais vers la *péritonite généralisée*. Celle-ci sera annoncée par des frissons, par une fièvre intense, 39° à 40°, par un pouls faible et rapide, 140° à 150°, par des vomissements verdâtres, porracés, et par du hoquet. Le ventre se tympanise, les douleurs abdominales se généralisent, le facies devient franchement péritonéal. Puis apparaît le délire ou la prostration qui précèdent la mort, en même temps qu'on constate un abaissement de la température et un pouls qui devient de plus en plus rapide et de plus en plus petit.

La rapidité de l'évolution et la gravité du pronostic commandent un diagnostic hâtif.

Trois symptômes ont une importance capitale : la *douleur débutant brusquement et siégeant dans la fosse iliaque droite*, le *pouls au-dessus de* 100 et les *vomissements*.

Un certain nombre d'affections qu'on peut rencontrer pendant la grossesse ont des symptômes communs. C'est ainsi que la *colique hépatique* débute brusquement par une douleur aiguë siégeant dans la partie droite de l'abdomen ;

mais elle est habituellement apyrétique, la douleur a son siège dans la région hépatique et irradie vers l'épaule droite. Dans la *colique néphrétique droite* la douleur est descendante et se dirige vers les organes génitaux externes. La *colique intestinale* est caractérisée par une douleur plus diffuse et par des périodes d'accalmie. La *cholécystite* a souvent un début semblable à celui de l'appendicite : douleur aiguë et brusque, fièvre, état gastrique, mais le siège de la douleur est beaucoup plus élevé et elle irradie de bas en haut. La *pyélonéphrite,* par sa localisation fréquente à droite, est souvent confondue avec l'appendicite. On pourrait croire également à des *contractions utérines douloureuses*, point de départ d'un avortement ou d'un accouchement : dans ce cas les douleurs sont intermittentes, et on constate des modifications du col accompagnées de l'expulsion de glaires sanguinolentes ou même de sang pur, s'il s'agit d'un début de fausse couche. L'*occlusion intestinale*, qui survient parfois pendant la grossesse, a de nombreux points communs avec l'appendicite.

Dans les premiers mois de la grossesse, le début brusque peut faire penser à la *rupture d'une grossesse extra-utérine* : l'absence des signes d'une hémorragie interne et l'examen local permettent d'éviter l'erreur. C'est également l'examen méthodique, palper et toucher combinés, qui permettra d'éliminer la *rétroversion brusque de l'utérus gravide, la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire ou d'un fibrome sous-péritonéal.*

Si le diagnostic de l'appendicite aiguë est le plus souvent facile, il n'en est pas de même de ces formes frustes de l'appendicite chronique auxquelles nous avons déjà fait allusion. Il est cependant utile de les connaître afin d'être tenu en éveil, afin de les surveiller de très près pendant tout le cours de la gravidité et surtout afin de les traiter sans perdre de temps, si elles venaient à se transformer en appendicite aiguë sous l'influence de la grossesse. Il n'y a rien qui attire l'attention du côté de l'appendice, *sauf la douleur.*

« Et cette douleur, que la malade localise à droite, avec de fréquentes irradiations à gauche et dans tout l'abdomen, n'a pas toujours son siège objectif au point de Mac Burney. Je l'ai souvent trouvée beaucoup plus bas, près de l'arcade crurale et même près du pubis, ce qui est encore une cause d'erreur : mais une fois son siège déterminé par la pression du doigt, on est assuré de la trouver toujours au même point. Le caractère objectif de l'*appendicalgie* est donc la fixité immuable du point douloureux sur un sujet donné, mais ce siège peut varier d'un malade à un autre, sans jamais s'éloigner beaucoup de la région iléo-cæcale. » (Guinard.)

En présence d'une femme enceinte qui souffre du ventre, on est trop souvent disposé à mettre cette douleur sur le compte du *développement de l'utérus*, *du relâchement des symphises ;* dans ces cas-là, il faut faire un palper méthodique et attentif et on relèvera souvent ce point douloureux, toujours le même, qui est pathognomonique de l'*appendicalgie.*

Pendant les suites de couches, on sera entraîné trop facilement à porter le diagnostic d'*infection utérine ou annexielle,* qui toutes deux sont douloureuses et fébriles. La *paramétrite droite* et la *salpingite du même côté* seront quelquefois très difficiles à distinguer de l'appendicite ; il faudra accorder une grande importance aux commémoratifs ; ou bien elles sont la conséquence d'une infection utérine existante, ou bien elles auront été réveillées par l'accouchement, et dans ces cas les femmes ont un passé génital qui facilite le diagnostic.

C'est également pendant cette période de la puerpéralité qu'on peut croire à une appendicite, alors qu'on est en présence d'*accidents stercorémiques*, accompagnés de douleur abdominale, de ballonnement du ventre, d'accélération du pouls et d'élévation de température. L'interrogatoire nous apprend que la constipation est opiniâtre, et l'examen de l'abdomen nous permet de constater que le côlon tout entier est douloureux.

Si la grossesse est une cause d'aggravation de l'appendicite, dont elle précipite la marche en paraissant augmenter la virulence du coli-bacille, l'appendicite est aussi une complication de la grossesse qu'elle interrompt environ une fois sur deux. Tantôt elle tue le fœtus *in utero*, tantôt elle détermine l'avortement ou l'accouchement prématuré d'un fœtus, qui, né viable, meurt au bout de quelques jours. La mortalité maternelle serait de 31,8 p. 100, et la mortalité fœtale de 59 p. 100.

Pour rendre le pronostic moins grave, il est nécessaire de faire le diagnostic le plus rapidement possible, non seulement pour pouvoir prescrire un traitement rationnel, mais surtout pour éviter la prescription d'une médication dangereuse.

Traitement. — La conduite à tenir comprend l'exposé des précautions qui doivent être conseillées pendant la grossesse, et les moyens à mettre en œuvre dès le début des accidents.

Traitement prophylactique. — Pendant la grossesse, il est nécessaire d'attirer l'attention des femmes sur le bon fonctionnement de leur intestin. La constipation, en dehors des troubles toxiques qu'elle peut déterminer chez la femme enceinte, est considérée comme une cause prédisposante, aussi faut-il prescrire avec soin le régime alimentaire qui devra être suivi. On en bannira les aliments trop azotés et trop épicés, on ordonnera l'usage fréquent des laxatifs, une fois par semaine environ. Une femme peut être constipée bien que tous les jours elle ait une garde-robe ; il suffit pour cela qu'elle n'évacue qu'une partie de ses déchets.

La surveillance devra redoubler si l'on est en présence d'une femme ayant déjà eu des crises appendiculaires ou ayant une de ces formes frustes d'appendicite chronique. On prendra les mêmes précautions, si une maladie infectieuse, comme la grippe, vient compliquer la grossesse. Dans ces cas, il faudra aux purgatifs légers, magnésie, cascara sagrada, calomel, ajouter les antiseptiques de l'intestin.

La grossesse devant être considérée comme une cause à la fois prédisposante et aggravante, il sera nécessaire d'enlever l'appendice à toute jeune fille ou jeune femme ayant déjà eu des crises d'appendicite ou ayant de l'appendicalgie; c'est là le meilleur traitement prophylactique.

Traitement curatif. — Quant au traitement de la crise, « c'est celui qu'on prescrit dans l'appendicite en général, dit M. Jalaguier ; il n'est en rien modifié par la grossesse ». S'il est important de connaître *ce qu'il faut faire*, il n'est pas moins utile de rappeler *ce qu'il ne faut pas faire*. En présence d'une femme enceinte qui souffre du ventre, avant d'avoir un diagnostic absolument sûr, on ne doit ordonner ni purgatifs ni lavements.

Dès le début de la crise, il faut maintenir la femme au lit et lui recommander le repos le plus absolu ; on fera appliquer en même temps plusieurs vessies remplies de glace sur toute la partie droite de l'abdomen. Pour éviter les gelures, on prendra soin d'interposer entre la peau et la vessie une double épaisseur de flanelle. Dans certains cas le poids de la glace n'est pas supporté ; on peut y remédier en suspendant les vessies à un cerceau métallique et en veillant à ce que la partie large de la vessie soit en contact avec la paroi abdominale.

Pour obtenir en même temps l'immobilisation complète de l'intestin, on prescrira une *diète absolue* et on aura recours aux opiacés soit sous forme d'extrait thébaïque en pilules ou en potion à la dose de 5 à 10 centigrammes pendant les premiers jours, soit sous forme d'injections de morphine ou d'héroïne. On devra s'adresser surtout à ces médicaments dans les cas de douleurs abdominales aiguës et dans les cas d'agitation. On luttera à la fois contre la soif et contre la dépression déterminée par la diète en faisant à la malade des injections sous-cutanées de 250 à 500 grammes de sérum physiologique.

Au bout de quatre ou six jours, si les symptômes se calment, on donnera, par cuillerées à café, un peu d'eau d'Évian

ou de grog, de façon à ne pas dépasser d'abord un demi-litre, puis un litre. Le lait ne sera permis qu'après la chute de température ; il sera donné d'abord par petite quantité, une cuillerée à bouche toutes les heures, et il sera coupé soit avec de l'eau minérale, Vals, Évian ou Vichy, soit avec une décoction de riz. L'alimentation ne sera reprise qu'avec prudence, on permettra d'abord des purées légères, puis des pâtes, nouilles et macaroni.

Il est un point de pratique qu'il est important de connaître, c'est le moment où il peut être permis de s'occuper de l'intestin. Pendant plusieurs jours il y a rétention complète des matières et des gaz ; ces derniers peuvent même déterminer un ballonnement abdominal assez accentué et très gênant. On peut y remédier au bout de quatre à cinq jours en laissant à demeure dans le rectum, deux fois par jour pendant une demi-heure à trois quarts d'heure, une longue soude rectale. A la fin de la première semaine, on cherchera l'évacuation de l'intestin, d'abord par l'administration de lavements d'huile d'olive, 250 grammes environ, puis en donnant le matin une cuillerée à café d'huile de ricin.

L'usage de la glace sera maintenu tant que la sensibilité persistera au niveau de la région iliaque, et cela peut durer pendant plusieurs semaines. Le séjour au lit sera souvent nécessaire pendant plus d'un mois.

En suivant scrupuleusement la conduite sur laquelle nous venons de nous étendre, on évitera presque toujours l'opération à chaud. Celle-ci ne reconnaît comme indication qu'une *aggravation de l'état général*, caractérisée par le facies plombé, par la dissociation du pouls et de la température, par de grands frissons, par une langue sèche ; on sera encore entraîné à opérer si une péritonite généralisée se déclare ou si une péritonite circonscrite suppurée tend à s'ouvrir à l'extérieur. L'intervention pendant la grossesse, qu'elle soit faite à chaud ou à froid, doit toujours être précédée et suivie d'injections sous-cutanées de morphine, un

centigramme par jour en une ou deux fois, afin d'éviter les contractions utérines qui seraient le point de départ d'un avortement ou d'un accouchement prématuré.

Nous laissons de côté ce qu'on a appelé le traitement obstétrical de l'appendicite, qui est beaucoup plus nuisible qu'utile et dont le but est de déterminer l'évacuation utérine. Quant aux modifications à apporter à la technique opératoire classique, elles sont peu nombreuses ; l'incision doit être plus élevée, la découverte de l'appendice est souvent difficile et parfois impossible, il faut dans ce cas y renoncer et se contenter d'un large drainage. Dans la péritonite généralisée on a conseillé d'ajouter à l'incision abdominale une colpotomie postérieure suivie du drainage du Douglas.

ANTÉVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

L'antéversion de l'utérus gravide est relativement rare chez les primipares, nous pourrions même ajouter qu'à moins de conditions particulières d'ordre anatomique, sur lesquelles nous aurons à revenir plus loin, on ne devrait jamais la rencontrer. Nous avons en effet insisté à plusieurs reprises sur la nécessité de faire porter une ceinture abdominale à toute femme enceinte, ceinture qui, parmi ses nombreux avantages, a celui de supporter l'utérus gravide, de lutter contre la pesanteur et d'éviter ainsi une distension trop considérable de la paroi abdominale, sangle normale de l'utérus.

Il est à peu près impossible dans le plus grand nombre des cas de connaître la valeur fonctionnelle des tissus, qui peuvent être de plus ou moins bonne qualité, cette valeur ne pouvant être appréciée que par l'*usage*.

Si certaines femmes après plusieurs grossesses conservent une paroi de nullipare, il en est d'autres, qui ont, après une seule gestation, une paroi relâchée, flasque, couverte de vergetures et souvent même une large éventration. Ces der-

nières ont sans aucun doute présenté à la fin de leur grossesse une antéversion plus ou moins accusée ; cette déviation de l'utérus gravide fut à la fois effet et cause : effet, car elle se produisit sous l'influence de la mauvaise qualité des tissus incapables de retenir l'utérus dans la cavité abdominale ; cause, car la chute de l'organe gestateur en avant distend de plus en plus la paroi sur laquelle elle pèse de tout son poids. Pour se rendre un compte exact de la situation de l'utérus gravide suivant les positions occupées par la femme, il suffit d'examiner celle-ci de profil, d'abord dans le décubitus dorsal et ensuite dans la position verticale. On sera frappé par la différence de saillie constituée par l'utérus gravide dans ces deux situations.

La ceinture de grossesse peut donc être considérée comme le seul traitement prophylactique de l'antéversion pourvu qu'elle remplisse les conditions suivantes : elle doit, lorsque la femme est debout, maintenir l'utérus dans la même situation que celle qu'il occupait, la femme étant couchée. Pour cela elle prend point d'appui sur la région lombaire, dont l'ensellure s'accentue avec l'âge de la grossesse, et se porte comme une écharpe non pas sur la partie la plus convexe de l'abdomen, mais sur la demi-sphère inférieure que forme celui-ci. Le but de cette sangle est donc de soutenir la masse utérine à la façon du corset qui soutient les seins.

Si cette ceinture est un agent prophylactique de premier ordre, elle constitue aussi le seul remède pour lutter contre l'antéversion existante. Celle-ci se rencontre surtout chez les grandes multipares, dont la paroi a été effondrée par les premières grossesses ; on la rencontre également, dès une première gestation, chez les femmes atteintes de cyphose dorso-lombaire, de luxation congénitale double, ou encore chez celles qui ont subi une intervention fixant l'utérus à la paroi abdominale ou à la paroi vaginale.

Le port de la ceinture amène un soulagement des troubles locaux qui existent toujours dans cette variété de déviation utérine, elle modère le degré de l'éventration inévitable dans

certains cas, elle évite enfin les mauvaises présentations. Grâce à elle on ne doit plus voir l'abdomen pendulum et le ventre en besace, degrés extrêmes de l'antéversion de l'utérus gravide.

La ceinture ne sera portée que pendant la journée, lorsqu'elle est employée au point de vue prophylactique ; elle sera au contraire conservée jour et nuit, si son usage est curatif; dans ce dernier cas, elle devra même être maintenue pendant toute la durée du travail. Après l'accouchement elle sera remplacée d'abord par une simple sangle en toile, en flanelle ou en crêpon de laine, puis, lorsque la femme se lèvera, par une ceinture spéciale faite sur mesure et moulant bien toute la paroi abdominale, qu'elle est chargée de suppléer.

ASTHME ET PUERPÉRALITÉ

L'asthme est une névrose se manifestant comme toutes les affections de cette classe par des crises intermittentes, or cette névrose a été constatée chez la femme enceinte. Ce n'est pas seulement chez la femme ayant présenté antérieurement à sa grossesse des crises de même nature qu'on la voit apparaître, la première manifestation n'est dans certains cas survenue qu'au cours de la gravidité.

La preuve qu'il ne s'agit pas d'une pure coïncidence, c'est que les crises disparaissent avec l'accouchement et qu'elles peuvent réapparaître de nouveau pendant l'évolution d'une autre grossesse. Tantôt les crises éclatent d'une façon irrégulière, tantôt, et le fait a été signalé par plusieurs observateurs, elles n'existent qu'aux périodes menstruelles absentes et sont par conséquent périodiques.

La crise est d'ordinaire nocturne, entre minuit et deux heures du matin, elle est caractérisée par un réveil brusque suivi bientôt d'angoisse et de dyspnée intense.

La malade est assise sur son lit, les yeux saillants et

congestionnés, la face couverte de sueur et parfois cyanosée, elle prend un point d'appui sur ses genoux.

La fréquence et l'intensité des crises augmentent souvent avec l'âge de la grossesse, si la thérapeutique indiquée n'est pas mise en œuvre, surtout s'il s'agit d'une maladie préexistant à la grossesse.

La rareté de cette affection ne permet pas d'indiquer d'une façon certaine l'action des crises sur la grossesse elle-même et sur le fœtus en particulier. Il est un fait certain, c'est que celui-ci souffre et participe à l'asphyxie maternelle, les bruits du cœur sont sourds pendant l'attaque et les mouvement très atténués dans les heures qui suivent. L'avortement et l'accouchement prématuré, bien que n'ayant pas été signalés, n'en sont pas moins possibles.

Traitement. — I. Au moment de la crise on peut s'adresser aux méthodes habituelles ; fumigations de papier nitré, de datura stramonium, inhalations de pyridine, de chloroforme, etc., mais c'est encore l'injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'une solution à 1 p. 100 de morphine qui soulage le mieux et le plus rapidement la malade.

II. En dehors des crises il faut instituer un traitement prophylactique. Le point de départ étant toxique, il sera nécessaire de prescrire le régime de l'auto-intoxication, régime lacto-végétarien et même régime lacté absolu, ou régime déchloruré, de provoquer la diurèse et d'évacuer régulièrement l'intestin. On ordonnera de prendre avant le repas du soir pendant vingt jours par mois une cuillerée à café de :

Iodure de potassium.	5 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères.	àà 60 grammes
Eau	

Si, malgré la thérapeutique mise en œuvre, les crises s'aggravaient et se répétaient, on pourrait, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, provoquer l'accouchement, mais dans une période d'accalmie.

AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE

Avant d'aborder l'étude des différentes manifestations de l'auto-intoxication gravidique, qui constituent, à l'heure actuelle tout au moins, la pathologie gravidique proprement dite, nous croyons nécessaire de jeter un coup d'œil d'ensemble sur l'auto-intoxication en général d'une part, et sur l'auto-intoxication déterminée par la grossesse d'autre part.

Depuis les travaux de Bouchard (1887) et de ses élèves, nous connaissons la source d'un grand nombre de poisons rencontrés dans l'organisme. Les uns venus de l'extérieur sont contenus en nature dans les aliments, d'autres sont constitués par les phénomènes normaux de la digestion et par les fermentations microbiennes qui se produisent dans tout le tube intestinal. Il faut ajouter aux précédents les poisons d'origine endogène engendrés par la vie même des cellules, qui n'est en réalité qu'un phénomène constant de combustion. Un grand nombre des substances charriées par le sang veineux, comme la créatine, la créatinine, la xanthine, la tyrosine, l'acide carbonique, l'oxyde de carbone, ne sont pas autre chose que les déchets de la vie cellulaire.

Pour se défendre contre cet envahissement constant de poisons, l'organisme possède des organes nombreux : les uns sont chargés du rôle éliminateur, ce sont les émonctoires comme les reins, l'intestin, la peau, les ganglions lymphatiques, les poumons ; les autres sont destinés à arrêter, à transformer et à expulser ensuite certains poisons. Le foie est le plus important de ces organes, il a recours aux voies biliaires pour déverser dans l'intestin les substances nuisibles qu'il a retenues ou fabriquées. Enfin il existe toute une série d'organes dont la physiologie est encore à l'état embryonnaire, ce sont les glandes à sécrétion interne comme la rate, le corps thyroïde, la glande pituitaire, les glandes surrénales, les ovaires ; elles ont pour fonction de sécréter des produits passant directement dans la circulation sanguine

afin de détruire ou d'annihiler les toxines variées qui y sont contenues.

A l'état de santé il existe un équilibre parfait entre la production des substances toxiques d'une part, leur élimination, leur destruction ou leur annihilation d'autre part. Mais qu'une de ces fonctions vienne à faiblir soit par altération anatomique, soit par insuffisance fonctionnelle et les troubles de l'auto-intoxication ne tarderont pas à se manifester.

La grossesse détermine dans l'organisme féminin des modifications nombreuses, qui peuvent être la source de ces troubles. La nutrition et la circulation sont plus actives, l'appétit est souvent exagéré, la vie cellulaire est augmentée par la présence de l'œuf tout entier, embryon ou fœtus avec ses annexes, il en résulte des déchets plus abondants et peut-être plus toxiques. D'un autre côté, certaines fonctions sont diminuées ; l'intestin est plus paresseux, la menstruation, dont le rôle éliminateur est certain, est supprimée, le sang est moins riche en hémoglobine, le foie s'apprête à approvisionner la glande mammaire de glucose, que celle-ci transformera en lactose, d'où fréquence de la glucosurie et de la lactosurie pendant la gestation ; les reins eux-même pourront être gênés dans leur rôle éliminateur par compression directe ou par compression de leurs voies excrétrices.

Enfin, nous sommes persuadés que les glandes à sécrétion interne peuvent sous l'influence de la grossesse être frappées d'hyper ou d'hypofonctionnement; cette conception permet d'expliquer pourquoi certaines femmes ont pendant leur grossesse et même pendant toute la puerpéralité, dans laquelle nous faisons rentrer l'allaitement, une santé plus florissante qu'à l'état habituel. La gestation peut en effet donner à une ou plusieurs glandes jusque-là insuffisantes un fonctionnement normal ou bien encore utiliser une surproduction habituellement nuisible à l'économie. Ce sont là, dit-on, de pures hypothèses ; mais elles nous semblent vraisemblables d'après le peu que nous connaissons actuellement de la physiologie des glandes à sécrétion interne et du

rôle joué par le corps thyroïde et les glandes surrénales dans la pathogénie de l'éclampsie. Enfin on a attribué aux villosités choriales jeunes des propriétés toxiques dues à l'activité secrétoire du syncitium.

Lorsque l'un des organes de défense devient insuffisant, les autres sont chargés de le suppléer ; ce rôle vicariant peut plus ou moins rapidement altérer ses éléments anatomiques soit parce que la tâche est trop lourde, soit parce que les substances nouvelles contenues dans le sang ne lui sont pas destinées.

Les relations du foie et du rein, l'influence réciproque de l'altération d'un de ces organes sur l'autre sont actuellement démontrées en pathologie médicale par la clinique, l'anatomie pathologique et la méthode expérimentale. Ces connaissances ont été le point de départ de la théorie de l'auto-intoxication gravidique.

Les auteurs qui se sont attachés à cette question attribuent au foie la part la plus importante ; de son intégrité dépend l'équilibre de l'organisme de la femme enceinte. L'insuffisance de cet organe, qu'elle soit primitive ou secondaire à une lésion rénale, serait le facteur capital de la pathologie gravidique proprement dite ; le terme d'hépato-toxémie créé par Pinard résume bien la pathogénie de ces différents troubles. Aussi les femmes, qui par leur hérédité ou par leurs antécédents personnels ont un passé hépatique, seraient-elles particulièrement prédisposées aux différents accidents de l'auto-intoxication. Pour expliquer la variété des manifestations, il est nécessaire de faire entrer en ligne de compte les prédispositions pathologiques de chaque individu. Tel système sera frappé de préférence parce qu'il est un point de moindre résistance ; le système nerveux est plus spécialement touché par les toxines, et presque toujours c'est par son intermédiaire que se produisent les différents troubles de la grossesse.

Ceux-ci peuvent se présenter sous des aspects multiples, les uns sont bénins, aussi ont-ils été considérés comme des

signes sympathiques de la grossesse à cause de leur fréquence, ce sont les modifications de caractère, la somnolence, la céphalée, les vertiges, l'asthénie musculaire, l'inappétence, les dégoûts, les envies, les digestions difficiles, les vomissements, la constipation. La plupart de ces troubles ont été décrits comme des petits signes d'insuffisance hépatique. D'autres au contraire sont plus accusés, ce sont le ptyalisme, le prurit, les pigmentations cutanées, les dermatites, les troubles oculaires, les vomissements dits incoercibles, les ictères, les coliques hépatiques, l'albuminurie, l'urobilinurie, la glycosurie, les œdèmes, les hémorragies, les psychoses, les convulsions (éclampsie). Ils peuvent présenter une telle gravité qu'ils vont parfois jusqu'à entraîner la mort, si la grossesse n'est pas interrompue à temps.

Actuellement nous n'avons pas encore en notre pouvoir les moyens de rechercher l'insuffisance des différentes glandes de l'économie, un jour viendra probablement où il nous sera possible de reconnaître quelle est ou quelles sont les glandes dont le fonctionnement faillit à sa tâche ; ce jour-là il est probable qu'en même temps que nous saurons poser un diagnostic plus serré, nous pourrons instituer une thérapeutique plus active et plus efficace. Mais si certains côtés de cette question sont encore obscurs, il en est cependant que nous connaissons. L'examen des urines est capable en effet de nous révéler l'insuffisance hépatique.

Celle-ci se manifeste au point de vue urologique par une diminution dans le sang de l'urée coïncidant avec une augmentation de l'acide urique, de la thyrosine et de la leucine, par la présence de l'urobiline, de l'indican, par la glycosurie et par la diminution de la toxicité urinaire qui correspond à une augmentation de la toxicité sanguine.

Quant à l'insuffisance rénale, elle peut être dépistée par l'ingestion ou l'injection sous-cutanée de certaines substances, bleu de méthylène, phloridzine, albumine, etc., et par l'étude de leur élimination. Mais il faut bien savoir que, si ces différents moyens d'exploration de la perméabilité

rénale peuvent renseigner sur le trouble fonctionnel des reins d'une façon générale, ils ne fournissent pas toujours des indications précises sur la rétention des produits toxiques. La perméabilité varie d'ordinaire avec les substances, certaines traversent le filtre rénal même si elles sont contenues en quantités minimes dans le sang, d'autres nécessitent une proportion plus considérable pour *forcer* le rein. Les renseignements tirés de ces méthodes d'exploration sont purement d'ordre qualitatif, mais il est possible d'en obtenir d'autres en recherchant la quantité d'urines éliminées dans les vingt-quatre heures. Au point de vue clinique, cette recherche quantitative présente un grand intérêt chez la femme enceinte, celle-ci doit uriner de 1.250 à 1.500 grammes d'urines dans les vingt-quatre heures; chaque fois que la quantité sera inférieure à 1.000 grammes, on sera en droit d'affirmer l'insuffisance rénale et on aura le devoir de tout mettre en œuvre pour la combattre. C'est ce que nous allons étudier maintenant en indiquant la thérapeutique de l'auto-intoxication.

Traitement. — Nous croyons nécessaire de donner à ce chapitre tout le développement que comporte un sujet d'une telle importance; la thérapeutique des différentes affections, qui constituent les manifestations de l'auto-intoxication, est en grande partie la répétition du traitement que nous allons exposer.

L'auto-intoxication étant à la fois d'origine exogène et endogène, nous devrons passer en revue les différents régimes, qui peuvent être prescrits à la femme enceinte pour la mettre à l'abri des toxines venues du dehors, et tous les moyens thérapeutiques dont le but est de la débarrasser des toxines déjà introduites dans l'organisme. Il manquera malheureusement à ce chapitre un troisième paragraphe que, de parti pris, nous passerons sous silence, mais qui en sera un jour le complément nécessaire, c'est la mise en pratique de l'opothérapie. Les résultats de cette thérapeutique sont encore trop récents pour que nous puissions la formuler d'une façon précise; notre conception

pathogénique d'un certain nombre des affections de la grossesse nous permet cependant d'espérer beaucoup de ce moyen d'action. L'avenir, nous en sommes persuadés, nous donnera raison ; ce sera le jour où les perturbations des glandes à sécrétion internes seront démontrées être la cause des troubles de l'organisme de la femme enceinte.

A. — *Régimes.*

Au point de vue prophylactique il faut *défendre* à la femme enceinte toute substance toxique ou putrescible, comme le gibier, la charcuterie, les aliments de conserve, les mets épicés et les boissons alcooliques.

Le *régime curatif* peut être divisé en régime mixte et en régime lacté.

1° *Régime mixte. — On défendra :*

Comme potage : le bouillon gras, les extraits de viande, la soupe au fromage et à l'oseille.

Comme hors-d'œuvre : la charcuterie, les sardines, les anchois et les harengs-saurs.

Comme poissons : tous les poissons de mer.

Comme viandes : les viandes noires, le bœuf, le mouton, le veau, la charcuterie, excepté le jambon.

Comme légumes : les choux, les asperges, les champignons, les truffes, les tomates, les aubergines, l'oseille, les épinards, les navets, les haricots et toutes les salades.

Comme fromages : tous les fromages fermentés, le gruyère, le parmesan, le fromage de Hollande.

Comme desserts : les gâteaux à la crème.

Comme boissons : le vin, le cidre, la bière forte, les alcools et les liqueurs.

Seront permis :

Comme potages : les potages maigres au pain ou aux pâtes, le bouillon de légumes.

Comme poissons : les poissons de rivière très frais.

Comme viandes : la volaille, le jambon, le porc frais, l'agneau, les grenouilles, les cervelles, les rognons.

Comme légumes : les légumes verts ou secs, de préférence en purée, les pommes de terre, les petits pois, les haricots verts, les lentilles, la laitue, la chicorée, les racines.

Comme pâtes : les nouilles, le macaroni.

Comme desserts : les entremets, les biscuits secs, les fromages blancs, les fruits cuits de préférence.

Comme boissons : le lait, le thé léger, le café, l'extrait de malt, les eaux naturelles et minérales.

2° *Régime lacté.* — Le lait, bouilli de préférence, sera pris froid ou chaud, à la dose de 2 litres à 2 litres et demi dans les vingt-quatre heures, par tasses à thé ; dans la journée un tasse toutes les heures, et dans la nuit une tasse chaque fois que la malade se réveillera.

En cas d'intolérance ou de dégoût, le lait peut être remplacé par le Képhir n° 2.

Aux personnes, qui tolèrent difficilement le lait, on peut prescrire avant chaque tasse un cachet de :

Pancréatine	0,05 centigrammes

ou une demi-cuillerée à café d'élixir de pepsine après chaque tasse, ou encore un verre à bordeaux d'eau de Vichy (Célestins) 10 minutes avant la prise du lait.

Les fermentations buccales seront évitées en faisant rincer la bouche après chaque tasse de lait avec un verre d'eau dans laquelle on mettra quelques gouttes de :

Acide thymique	} àâ 0,50 centigrammes
— benzoïque	
Essence de menthe	V gouttes
Alcool	60 grammes

Pour lutter contre certains inconvénients déterminés par le régime lacté, Robin conseille la thérapeutique suivante :

« Si la digestion du lait s'accompagne de la formation d'une

grande quantité de gaz, on donne, au milieu de chaque prise, une grande cuillerée de la solution ci-dessous :

Fluorure d'ammonium	0 gr. 20
Eau distillée	300 grammes

« Si des crises douloureuses, des crampes d'estomac, des aigreurs, des renvois brûlants, etc., surviennent entre deux prises de lait, la malade prend aussitôt une *poudre de saturation* :

Lactose	1 gramme
Magnésie calcinée	2 gr. 50
Sous-nitrate de bismuth. . . . . }	àà 0 gr. 80
Carbonate de chaux précipité. . . . . }	
Codéine	0 gr. 005 à 0 gr. 01
Bicarbonate de soude.	1 gramme

Mêlez exactement en un paquet.

« Si le lait provoque de la diarrhée, on augmentera dans ces poudres la proportion de sous-nitrate de bismuth, on peut aussi donner après chaque repas une petite tasse d'infusion très chaude de 1 gr. 50 de racines de fraisier sauvage, ou encore faire prendre, avant chaque prise de lait, un ou deux des bols suivants :

Diascordium . . . . }	àà 4 grammes
Sous-nitrate de bismuth. . . . . }	

« Si ces moyens n'arrêtaient pas la diarrhée, il faudra recourir à la formule :

Extrait de bistorte . . . . }	àà 0 gr. 05
Extrait de ratanhia. . . . . }	
Diascordium . . . . }	
Poudre de tormentille . . . . }	
Poudre de cachou . . . . }	

Pour une pilule.

Une pilule au milieu de chaque prise de lait.

« Si le lait constipe, ce qui est plus fréquent, on augmentera la magnésie, et on diminuera le sous-nitrate de bismuth dans les poudres composées, et, si cela ne suffit pas, on

donnera avec la dernière prise de lait une ou deux des pilules qui suivent :

Aloès du Cap	2 grammes
Résine de jalap Résine de scammonée Turbith végétal	àà 1 gramme
Extrait de belladone Extrait de jusquiame	àà 0 gr. 15
Savon amygdalin	Q. S.

Diviser cette quantité en 50 pilules. »

B. *Traitement médical.*

La première indication est de débarrasser l'intestin des matières en voie de putréfaction et des toxines qu'il renferme au moyen de :

1° Laxatifs :

Magnésie anglaise	25 grammes
Lactose	10 —

ou

Sulfate de soude	20 grammes

ou

Calomel	0 gr. 20
Lactose	1 gramme

(Ces trois médicaments peuvent être pris dans un peu d'eau le matin au réveil.)

ou

Poudre de réglisse — de feuilles de séné	àà 10 grammes
Soufre Crème de tartre Magnésie calcinée	àà 5 —

Une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau qu'on prendra le soir avant de se coucher.

2° Grands lavages intestinaux avec un litre environ d'eau bouillie. En même temps on stimulera les émonctoires en s'adressant :

1° Au rein à l'aide de diurétiques :

Lactose	40 grammes

qu'on fera dissoudre dans une bouteille d'eau d'Évian, celle-ci devra être absorbée dans la journée.

Tisanes chaudes d'uva ursi, de chiendent nitré, de queues de cerises additionnées d'une cuillerée à café de lactose qui seront prises à la dose de trois ou quatre tasses à thé dans les 24 heures;

2° A la peau à l'aide de frictions sèches, de bains chauds prolongés, de douches tièdes, de lotions froides.

ARTHROPATHIES GRAVIDIQUES

Les articulations intrinsèques du bassin sont parfois, pendant la grossesse, le siège d'un relâchement, qui peut aller jusqu'à l'impotence, ou d'une douleur aiguë que le moindre mouvement exaspère et qui, pour cette raison, condamne la femme à un repos à peu près absolu. Ces deux troubles gravidiques peuvent s'associer, mais ils sont souvent indépendants : les articulations sont parfois très relâchées et indolores, ou au contraire très douloureuses sans qu'on constate le moindre mouvement anormal à leur niveau.

Ces altérations articulaires doivent être bien connues du praticien, car elles sont relativement assez fréquentes.

Au cours de la grossesse, vous serez consultés par une femme, qui est dans son septième ou huitième mois et qui se plaint d'éprouver des difficultés de plus en plus grandes pour marcher et même pour se tenir debout, elle a la sensation qu'elle va « s'effondrer » ; assise elle ne peut se lever qu'à la condition d'avoir un point d'appui auquel elle puisse s'accrocher avec les mains. Dans d'autres cas, elle vous fera appeler parce qu'elle souffre dans le bas-ventre, dans les reins, dans les aines ; ces douleurs, la malade les ressent rarement au point qui en est le siège véritable ; de là les nombreuses erreurs de diagnostic commises, si l'on ne prend pas soin de faire un examen complet.

En présence de ces deux symptômes ou seulement de l'un

d'eux, vous devrez toujours penser aux troubles articulaires gravidiques et explorer les trois principales articulations du bassin.

Le *relâchement* n'est cliniquement appréciable qu'au niveau de la symphyse pubienne, mais sachez bien que la distension anormale des ligaments de cette seule articulation ne suffit pas à déterminer de l'impotence ; si celle-ci existe, c'est qu'il y a en même temps un défaut de solidité des symphyses sacro-iliaques. Faites marcher votre cliente et vous serez frappés par sa démarche, elle s'avance lentement en se dandinant (à la façon des palmipèdes) et en se cambrant ; souvent même on la voit soutenir son bassin avec ses deux mains appliquées sur les fosses iliaques externes. La femme étant debout, introduisez l'index dans le vagin, la pulpe appliquée derrière le pubis, et commandez à votre cliente de marcher sur place, c'est-à-dire de « marquer le pas », vous sentirez alors le glissement alternatif des deux pubis l'un contre l'autre. L'écartement ne peut être constaté que par le toucher vaginal fait dans le décubitus dorsal, les cuisses écartées et légèrement fléchies.

Si la femme accuse des douleurs que la marche ou le moindre déplacement réveille, vous devrez examiner la sensibilité des différentes articulations du bassin. Par le palper, on n'obtient guère de renseignements que si la douleur siège dans la symphyse pubienne ; en appuyant avec la pulpe du doigt sur le mont de Vénus, on constate que la douleur est localisée à la ligne médiane et qu'elle présente son maximum d'intensité au niveau du bord supérieur de l'articulation. Le toucher vaginal, qui permet d'explorer la face postérieure de cette articulation, donne des renseignements semblables.

C'est par le même procédé d'examen que vous pourrez interroger les symphyses sacro-iliaques ; introduisez profondément l'index et le médius dans la direction de la grande échancrure sciatique à la partie supérieure de laquelle se termine l'interligne articulaire. Cette exploration n'est pos-

sible qu'à la condition que la présentation ne soit pas trop engagée.

Traitement. — Au point de vue thérapeutique, le seul remède contre la douleur est le *repos absolu au lit*, qui amène rapidement un grand soulagement. On peut en même temps faire des applications de compresses imbibées d'un liniment au salicylate de méthyle sur la symphyse pubienne et donner des lavements renfermant de 2 à 4 grammes d'hydrate de chloral pour calmer les douleurs sacro-iliaques.

Dans le cas où la malade n'a que de l'impotence par relâchement sans douleur, on est souvent obligé de recommander le repos au lit ou sur la chaise longue, car la distension de l'abdomen par l'utérus gravide empêche d'appliquer un moyen de contention énergique. On devra cependant essayer de maintenir le contact des os du bassin ou tout au moins de lutter contre un écartement plus considérable en enroulant autour du pelvis de larges bandes de crépon de laine ou des bandes de tissu caoutchouté, larges d'environ 0,10 centimètres et longues de 5 mètres. Il faut avoir soin de faire passer ces bandes sur les crêtes iliaques en haut, sur les grands trochanters en bas, et de temps en temps de diriger les bandes tantôt de haut en bas et tantôt de bas en haut, afin qu'elles se croisent en avant et sur la ligne médiane. On évitera le déplacement des bandes qui ont tendance à glisser, en les faufilant de place en place.

On peut également avoir recours à une ceinture en tissu élastique de forme cylindrique qui doit être faite sur mesure et bien ajustée, elle remontera en haut jusqu'au-dessus de l'ombilic de façon à maintenir en même temps l'utérus gravide et elle descendra jusqu'aux grands trochanters. Elle est facile à mettre, car elle s'enfile par en bas et on l'empêchera de remonter en y fixant des jarretelles antérieures et latérales.

AVORTEMENT

En clinique l'avortement est l'expulsion du produit de conception et de ses annexes dans les cent quatre-vingts jours qui suivent la fécondation, c'est-à-dire avant l'époque où le fœtus est considéré comme viable. La limite extrême est artificielle, car il est impossible dans la plupart des cas de fixer la date du coït fécondant, d'autre part la dénomination d'avortement ou fausse couche est donnée aussi bien à l'expulsion de l'œuf vivant (interruption anatomique de la grossesse) qu'à l'expulsion d'un œuf mort depuis plus ou moins longtemps, or, dans ce cas, la grossesse était interrompue physiologiquement depuis le jour de la mort du produit de conception.

Désirant rester sur le terrain pratique, nous accepterons donc la définition classique et nous passerons en revue la thérapeutique à appliquer dans toutes les formes d'expulsion du produit de conception et de ses annexes, que l'embryon ou le fœtus soit vivant ou mort, que cette expulsion soit spontanée ou provoquée par des manœuvres criminelles.

Pendant cette période de la grossesse, l'œuf peut être chassé en bloc de l'utérus, c'est presque toujours la règle pour les œufs du premier ou du deuxième mois de la gestation, mais ce mode d'expulsion peut aussi se rencontrer plus tard, surtout s'il s'agit d'un œuf mort depuis un certain temps. Pendant les premières semaines l'œuf expulsé passe fréquemment inaperçu, car il a un très petit volume et il est entouré d'une enveloppe de sang coagulé qui lui donne l'apparence d'un caillot sanguin ; souvent également la femme ignore sa grossesse et croit au retour d'une menstruation retardée. L'œuf de deux mois a la grosseur d'une noix et l'aspect d'une masse charnue, les villosités ne sont visibles que dans l'eau ; une incision portant sur toute la hauteur met à jour une cavité à parois lisses et remplie de liquide dans lequel nage habituellement l'embryon. Celui-ci

fait parfois défaut, car à cette époque il a pu se dissoudre dans le liquide qui est alors sirupeux ; il s'agit dans ce cas d'un *œuf clair*.

A mesure qu'on s'éloigne du début de la gravidité, l'avortement prend de plus en plus l'allure d'un accouchement véritable, il peut encore se faire en *un seul temps*, mais c'est l'exception. Le plus habituellement il se produit en deux temps : le premier comprend la rupture des membranes de l'œuf et l'expulsion du fœtus, le deuxième le décollement et l'expulsion des annexes. Jusqu'à la fin du quatrième mois, il n'est pas rare de voir le placenta et les membranes être retenus dans la cavité utérine où leur présence est fréquemment le point de départ de complications, dont les deux principales sont l'hémorrhagie et l'infection.

Les signes qui caractérisent l'avortement sont des douleurs intermittentes et un suintement sanguin ; d'abord peu accusés, ils constituent une menace qu'on peut et qu'on doit enrayer ; lorsqu'ils s'accentuent, l'avortement devient de plus en plus probable, mais il faut encore chercher à l'arrêter. Tout traitement prophylactique devient inutile si les membranes sont rompues ou si l'œuf décollé a glissé et est senti dans le segment inférieur de l'utérus distendu.

Au point de vue clinique on ne doit pas oublier que l'expulsion d'un œuf des premiers mois ne détermine pas au niveau de l'utérus des modifications comparables à celles qu'on est habitué de rencontrer. Le col n'a pas besoin de s'effacer d'abord et de se dilater ensuite, il lui suffit de s'entr'ouvrir très légèrement pour permettre le passage de l'œuf, dont le volume peu considérable s'amoindrit encore en se laminant.

Le peu de développement de l'utérus à cet âge de la grossesse ne permet pas de conclure à la plénitude ou à la vacuité de l'organe ; il en résulte une nouvelle source de difficultés dans la question de savoir si la fausse couche est faite, surtout lorsqu'on n'a pas pris soin de conserver tout ce qui a été expulsé.

Une autre particularité de l'avortement aux troisième et quatrième mois c'est que le temps le plus laborieux est l'expulsion de l'arrière-faix et non l'expulsion du fœtus.

L'évolution clinique de l'avortement variant constamment, nous sommes obligés d'envisager les différents cas qui se présentent dans la pratique, puisque chacun d'eux comporte une règle de conduite différente. Dans les premiers mois la difficulté siège principalement dans l'incertitude où l'on peut se trouver de savoir si l'œuf est encore dans l'utérus ou non. Plus tard la même question se pose à propos du placenta et des membranes, la femme a expulsé un corps plus ou moins volumineux qu'on n'a pas eu entre les mains, il s'agit de savoir si le premier temps seul est fait et si le placenta n'est pas retenu dans la cavité utérine ou au contraire si l'expulsion de l'œuf a été totale. En l'absence d'accidents qui nécessiteraient une intervention intra-utérine immédiate, c'est souvent le temps qui est le meilleur argument, car il permet d'apprécier les modifications de l'utérus dans un sens ou dans l'autre.

Conduite a tenir dans les différents cas

A. — *Traitement curatif.*

Une femme enceinte a des contractions douloureuses ou perd du sang liquide. — En pratique, les choses se passent d'ordinaire de la façon suivante : ou bien il s'agit d'une femme qui se croit enceinte, mais qu'on n'a pas encore examinée, ou bien au contraire on est appelé par une cliente chez laquelle on a déjà posé le diagnostic de grossesse probable ou certaine, suivant l'époque à laquelle on a pratiqué l'examen. Cette femme réclame votre assistance soit parce qu'elle *souffre dans le ventre*, soit parce qu'elle *perd du sang*, soit parce qu'elle a en même temps des *douleurs* et un *écoulement sanguin* plus ou moins abondant, liquide ou en caillots.

Si le diagnostic de grossesse a été établi précédemment, il faut analyser les symptômes accusés ; les douleurs existent seules, sont-elles déterminées par des contractions utérines? C'est bien probable, si ces douleurs sont intermittentes et régulièrement espacées ; c'est certain si, l'utérus étant déjà abdominal, on constate avec la main placée à son contact un durcissement de l'organe au moment même où apparaît la douleur, c'est encore certain si chaque contraction utérine s'accompagne d'un suintement sanguin plus considérable.

Dans le cas où il n'existe qu'un écoulement de sang sortant de la vulve, il y a les plus grandes chances pour qu'il vienne de l'utérus, un examen extérieur permettra d'éliminer l'hémorragie due à des varices vulvaires rompues ou même, ce qui n'est pas rare, le suintement sanguin ayant pour origine des hémorroïdes.

La conduite à tenir dans ces différentes circonstances est la même : on ordonne le *repos absolu au lit,* on s'abstient de tout examen interne, et, s'il y a des contractions même peu douloureuses, on prescrit un *lavement laudanisé.* Il ne faut pas se contenter d'une telle prescription, elle sera toujours mal exécutée si l'on ne prend pas soin d'en régler tous les détails. La première précaution à prendre est de donner un grand lavement évacuateur ; on emploiera pour cela soit l'irrigateur, soit le bock à injections ; la canule devra autant que possible être en caoutchouc souple ; la quantité de liquide sera d'environ un litre, ce sera de l'eau bouillie, tiède, dans laquelle on mettra deux à trois cuillerées à soupe d'huile d'olive ; on devra déconseiller la glycérine qui peut déterminer des contractions de l'utérus. Ce lavement une fois rendu, et il doit l'être le plus rapidement possible pour ne pas perdre de temps, on administrera le lavement laudanisé. Celui-ci sera peu abondant, un demi-verre d'eau bouillie tiède, dans laquelle on met de 20 à 30 gouttes de laudanum de Sydenham, il ne devra pas être donné avec l'irrigateur, mais avec une poire en caoutchouc ou avec une

seringue, comme la seringue à hydrocèle, à l'extrémité de laquelle on adapte une sonde de Nélaton calibre 20 environ ; il doit pénétrer lentement, très lentement et aussi haut que possible afin d'être conservé.

Le résultat obtenu n'est pas toujours le même ; les douleurs peuvent ne pas cesser dans les deux heures qui suivent, ou bien, après s'être atténuées, puis être disparues, elles se manifestent de nouveau ; il faudra prévoir ces différentes éventualités, les annoncer et ordonner dans ce cas un nouveau lavement contenant 20 gouttes de laudanum. Une femme enceinte supporte sans danger 60 à 80 gouttes de laudanum dans les vingt-quatre heures. Le laudanum peut être remplacé par l'antipyrine, 1 gramme dans chaque lavement. Lorsque les contractions utérines sont très rapprochées ou très aiguës et qu'il est nécessaire d'agir vite, il est préférable d'avoir recours à un moyen plus rapide, l'injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine, suivie d'une nouvelle injection de 1 centigramme deux heures plus tard.

Une recommandation qu'il faut toujours faire à l'entourage, c'est de conserver tout ce que la femme expulsera ; les besoins naturels seront satisfaits dans un bassin et le contenu n'en sera jeté qu'après s'être assuré qu'il est constitué uniquement par de l'urine ou des matières fécales. Ce détail, qui peut paraître puéril, a son importance : car c'est souvent pendant l'effort nécessité par la miction et la défécation, que se produit l'expulsion du fœtus ou de l'œuf perdus ou jetés par ignorance ; ils laissent le praticien dans l'incertitude de savoir si la fausse couche est faite ou non, il en résulte un retard dans l'application du traitement approprié.

Une femme enceinte a des contractions douloureuses et perd du sang liquide et des caillots. — Les événements ne se passent pas toujours de la façon que nous venons de décrire ; au cours des douleurs que la femme ressent, en même temps que du sang liquide, elle a pu perdre des caillots.

I. — *Les caillots ont été tous conservés jusqu'à l'arrivée du médecin.* — Après avoir pris connaissance de la situation, le médecin doit faire un examen méticuleux de tout ce qui a été expulsé, et disséquer avec soin tous les caillots pour chercher si l'un d'eux ne renferme pas un petit œuf ou même l'embryon. S'ils sont uniquement constitués par du sang coagulé, la femme sera soumise au traitement décrit précédemment : repos au lit et lavement laudanisé. Les injections ne seront prescrites que si la perte sanguine est abondante ; on recommandera de se servir d'un bock à injection qui sera placé à un niveau peu élevé (0 m. 30 environ au-dessus du plan du lit), et d'une canule dont l'extrémité libre ne sera percée que de trous latéraux sans trou médian ; on évitera, grâce à ces deux précautions, la projection d'un jet trop fort sur le col de l'utérus, ce qui pourrait déterminer des contractions nouvelles.

On ne pratiquera le toucher que si l'hémorragie devient abondante ou persistante :

a) Le col est fermé ou entr'ouvert, mais vide ; dans ce cas on peut encore espérer que la grossesse ne sera pas interrompue, et on attendra en prenant matin et soir la température et le pouls et en recommandant de conserver tout ce que la femme expulsera ;

b) Si au contraire le col est entr'ouvert, et que l'on y sente soit l'œuf, soit le fœtus, l'avortement est inévitable et nous verrons plus loin la conduite à tenir.

II. — *Les caillots n'ont pas été conservés.* — On doit dans ce cas faire le toucher vaginal ; le col est-il fermé, il y a des chances pour que l'œuf n'ait pas été expulsé ; si le col est entr'ouvert, l'œuf ou le fœtus ont pu être expulsés et jetés avec les caillots. La prudence dans ce cas nous conseille d'attendre et de surveiller de très près l'état général de la femme ; le doute doit profiter à la grossesse.

Le repos absolu au lit est prescrit, l'intestin est évacué, les lavements laudanisés sont ordonnés, la température et le pouls sont pris matin et soir et notés ; des toilettes vul-

vaires sont faites fréquemment avec un liquide antiseptique, une garniture de coton hydrophile stérilisé est appliquée sur la vulve; chaque garniture enlevée sera conservée pour être présentée au médecin qui se rendra compte de l'aspect du liquide et de son odeur. La surveillance sera d'autant plus rigoureuse qu'on sera en droit de soupçonner un avortement criminel. A la moindre odeur fétide des lochies et à la moindre élévation de température, il ne faudra pas perdre de temps et on devra évacuer l'utérus suivant la méthode décrite à propos du traitement des complications.

La fausse couche est inévitable. — L'avortement est considéré comme inévitable chaque fois que l'œuf est ouvert, accident qui se manifeste par l'écoulement à l'extérieur de liquide amniotique, que l'œuf est décollé et engagé en partie ou en totalité dans le col, et enfin que le fœtus est mort. Ce dernier diagnostic ne peut être porté en pratique que pendant le cinquième et le sixième mois ; les bruits du cœur fœtal, qu'on avait entendus, ne sont plus retrouvés, la femme ne perçoit plus les mouvements actifs, une montée laiteuse s'est produite à la même époque, l'abdomen ne se développe plus, il paraît même diminuer de volume si la mort du fœtus est déjà ancienne.

Dans le cas où il n'y a aucun accident, c'est-à-dire ni hémorragie ni infection, il faut faire aussitôt une toilette savonneuse et antiseptique de la région vulvo-périnéale, donner une injection antiseptique et appliquer sur la vulve une nappe de coton hydrophile stérilisé qu'on maintiendra en place par un bandage en T ou par des serviettes.

Les injections vaginales et les toilettes vulvaires seront renouvelées au moins deux fois par jour, la température et le pouls seront pris matin et soir. A la moindre élévation du thermomètre ou à la moindre augmentation du nombre des pulsations, on devra intervenir en suivant la méthode que nous indiquons plus loin en étudiant le traitement d'urgence.

La fausse couche est faite en totalité ou en partie. — L'*œuf tout entier* ou *le fœtus et ensuite le délivre ont été*

expulsés ; on doit alors donner les mêmes soins immédiats et secondaires qu'après un accouchement ; toilette vulvo-périnéale, injections, repos au lit, prises régulières de la température et du pouls, surveillance des lochies et des fonctions intestinales.

Le fœtus a été expulsé seul, le placenta est retenu. — En l'absence de toute complication on peut patienter quelques heures dans l'espoir que le placenta sera expulsé spontanément, à moins qu'il ne s'agisse d'avortement multiple ou criminel. S'il ne l'est pas, il est nécessaire d'en débarrasser la femme et non pas d'attendre d'avoir la main forcée par l'éclosion des accidents. Dans le cas où la cavité utérine est perméable au doigt, le moyen le plus simple et en même temps le plus rapide est de la vider par l'introduction d'un ou deux doigts de la main droite dans son intérieur pour cueillir le placenta s'il est décollé ou pour le détacher s'il est encore adhérent. Pendant toute la durée de ce curage digital, la main gauche de l'opérateur sera placée et maintenue sur le fond de l'utérus saisi à travers la paroi abdominale.

Si au contraire le col est revenu sur lui-même, on peut soit tenter une dilatation digitale ou une dilatation au moyen des bougies de Hégar, soit introduire dans la cavité utérine un petit ballon de Champetier de Ribes ou encore de la gaze stérilisée ou antiseptique destinée à faire tampon. Sous l'influence de ces corps étrangers le muscle utérin se contracte et le plus souvent expulse le ballon ou le tampon suivi du placenta ; dans le cas où ce dernier ne serait pas expulsé spontanément, l'ouverture du col serait alors suffisante pour introduire deux doigts dans la cavité utérine et pour pratiquer le curage digital. Après la sortie du délivre on fera aussitôt une injection intra-utérine.

Il est bien entendu que tout ce qui pénètre dans les organes génitaux doit être aussi aseptique que possible, c'est-à-dire que la main sera brossée, savonnée et trempée dans une solution antiseptique forte, que les instruments,

bougies de Hégar et pince porte-ballon, auront été soumis à une ébullition prolongée ou au flambage, que le ballon aura été bouilli, de préférence dans une solution antiseptique, que la gaze sera stérilisée.

La délivrance terminée, on fera une injection vaginale et on appliquera un pansement sur la vulve; les soins consécutifs sont ceux que nous avons déjà indiqués.

L'intervention ne devra jamais être retardée dans les cas où l'avortement est supposé avoir été provoqué par des manœuvres criminelles.

Traitement d'urgence en cas de complications, hémorragie ou infection. — Lorsque l'écoulement de sang venant de l'utérus ne cesse pas sous l'influence des injections vaginales chaudes à 48° et que son abondance est telle qu'elle peut être considérée comme un danger, ce dont on se rend compte par le retentissement sur l'état général et surtout par la fréquence du pouls, au-dessus de 100, il n'y a plus à se préoccuper de la grossesse. Celle-ci est du reste très compromise par le décollement de l'œuf, cause directe de l'hémorragie, aussi doit-on en chercher l'expulsion rapide ou en faire l'extraction manuelle immédiate si elle est possible, c'est-à-dire si le col est dilaté ou dilatable. Pour favoriser l'expulsion on a recours à l'introduction d'un petit ballon de Champetier dans la cavité utérine ; si on n'en a pas sous la main, on peut y suppléer par un tamponnement du col et du vagin avec de la gaze antiseptique. Ce tampon sera retiré au bout de dix à douze heures quand il n'aura pas été expulsé auparavant : toutes les conditions existent alors pour pouvoir pénétrer dans l'utérus et pour le vider.

Une hémorragie grave peut survenir alors que le fœtus a déjà été expulsé et que le placenta seul est resté dans l'utérus; il faut alors agir vite, d'autant plus que dans ce cas on n'a plus rien à espérer au point de vue de la continuation de la grossesse et qu'on peut craindre les accidents infectieux dont il nous reste à étudier le traitement.

Il n'est pas rare d'être appelé alors que le fœtus a été expulsé depuis plusieurs jours et que le placenta a été retenu en totalité ou en partie dans l'utérus. La femme perd un liquide fétide, elle a eu des frissons, sa température est élevée, 39° à 40°, son pouls est rapide, 100 à 120, en un mot l'*infection* s'est installée dans cet utérus, quelquefois elle s'est même généralisée au péritoine et même à l'organisme tout entier. Les phénomènes infectieux peuvent être constatés avec un œuf entier, décollé partiellement ou en totalité, mais retenu dans la cavité utérine ou encore avec un œuf ouvert. Il n'y a pas de temps à perdre, il faut vider la cavité utérine et la nettoyer rapidement. Si le col est perméable, on fera une grande irrigation vaginale avec un liquide antiseptique et on pénétrera dans l'intérieur de l'utérus avec un ou deux doigts pour décoller le placenta et l'extraire, on fait ensuite une injection intra-utérine avec une canule à double courant et on termine le nettoyage de la surface interne de l'utérus à l'aide d'un écouvillon en crin ou en côtes de plumes ou au moyen d'un écouvillon constitué par de la gaze enroulée autour d'une pince à pansement ; l'écouvillon aura été trempé soit dans de la teinture d'iode, soit dans la glycérine créosotée au tiers ou à parties égales. Pendant l'écouvillonnage il est prudent d'irriguer le vagin avec de l'eau bouillie tiède pour éviter l'action caustique du liquide, dont l'écouvillon est imprégné.

On termine en introduisant dans la cavité utérine une mèche de gaze antiseptique ou simplement stérilisée dont l'extrémité libre sera laissée dans le vagin. Cette mèche peu serrée est destinée à assurer le drainage, elle sera enlevée au bout de vingt-quatre heures.

Si le col est refermé, le premier temps de l'intervention consistera à le dilater avec des bougies.

Le curettage ne sera toujours qu'une intervention complémentaire ; on ne doit y avoir recours qu'*après avoir fait une exploration complète de toute la cavité utérine avec le*

doigt, après s'être assuré que le placenta n'y est plus contenu et après avoir constaté qu'il n'y reste que des débris placentaires que le doigt ne peut enlever. La curette devra être large, peu coupante et de préférence évidée ; il ne faut pas oublier en effet que le tissu d'un utérus infecté est très friable et qu'il a pu être perforé par des mains habituées à manier la curette.

B. — *Traitement prophylactique.*

Il ne suffit pas au praticien de savoir traiter l'avortement compliqué ou non, il lui faut encore en rechercher l'étiologie afin d'instituer une thérapeutique préventive.

Nombreuses sont les causes qui peuvent interrompre la grossesse dans les premiers mois ; 50 p. 100 des cas sont dus à une intervention criminelle ; leur prophylaxie est beaucoup plus d'ordre social que d'ordre médical, aussi laisserons-nous de côté ce chapitre qu'il serait trop long de développer ici. Un certain nombre d'avortements sont accidentels, parmi ceux-ci quelques-uns auraient pu être évités si certains conseils avaient été donnés à la femme dès le début de sa grossesse. Il faudra en effet lui proscrire les voyages en chemin de fer, les longues courses en automobile, les fatigues de toutes sortes, les injections vaginales faites sans précaution et sans nécessité (1), on devra aussi la mettre en garde contre la constipation.

Enfin un certain nombre de fausses couches et particulièrement de fausses couches à répétition sont déterminées soit par des affections chroniques ou par des intoxications lentes des générateurs, soit par des lésions locales de l'utérus, ce sont presque tous des avortements évitables. En appli-

(1) Nous avons en effet constaté à plusieurs reprises des avortements qui avaient pour origine une injection vaginale. Tous les cas semblent calqués les uns sur les autres ; vers le cinquième mois de la grossesse en prenant une injection avec un bock placé à un niveau élevé et une canule perforée à son extrémité, la femme a ressenti une douleur aiguë suivie d'un écoulement sanguin et d'avortement dans les vingt-quatre heures.

quant un traitement approprié à chacun de ces cas il est possible de placer la femme dans des conditions qui lui permettront de mener à terme une grossesse nouvelle.

a) *Thérapeutique préventive avant tout début de grossesse.* — Les affections, qui provoquent le plus fréquemment l'avortement, sont la syphilis et les intoxications, et au point de vue local, l'endométrite et les lésions du col, particulièrement les déchirures anciennes.

Il faut toujours penser à la syphilis chaque fois qu'une femme fait une fausse couche dont la cause immédiate n'est pas très apparente, surtout si le fœtus a été expulsé mort. L'enquête doit porter non seulement sur les antécédents de la mère, mais encore sur ceux du père ; elle sera faite isolément et très discrètement pour n'éveiller chez la femme aucun soupçon. Cette affection reconnue soit par l'aveu de l'un des deux, soit par la découverte de stigmates caractéristiques, on prescrira aussitôt le traitement, qui sera facile à appliquer si l'homme est seul en jeu. Il sera par contre plus difficile à instituer si la syphilis existe également chez la femme et est ignorée d'elle.

Il ne faudra pas hésiter dans ce cas à prescrire un sirop composé, dans lequel entreront le mercure et l'iodure de potassium, ou de préférence à recourir à la voie sous-cutanée qui permet de laisser ignorer à la patiente la nature du médicament employé. Les injections mercurielles pourront être faites en laissant croire qu'il s'agit de cacodylate de soude destiné à remonter l'organisme affaibli.

Toute grossesse nouvelle devra être interdite avant six mois de traitement, que la syphilis soit paternelle ou maternelle, et, comme nous le verrons plus loin, ce traitement devra être continué pendant toute la durée de la gestation.

Chaque fois que l'avortement reconnaîtra pour cause une intoxication par le plomb, par le tabac (ouvrières travaillant dans les manufactures), par le sulfure de carbone, par l'oxyde de carbone (cuisinières), il faudra conseiller un changement de profession permanent ou passager.

Quant à l'endométrite, qui détermine l'expulsion prématurée de l'œuf, elle agit en faisant de la muqueuse utérine un mauvais terrain qu'il faut modifier. Une thérapeutique locale s'impose, dilatation du col, pansements intra-utérins, curettage.

Parmi les lésions cervicales susceptibles d'entraver la gestation, il faut accorder une place très importante aux déchirures profondes du col ; une opération plastique est seule capable de redonner à cet organe sa constitution normale.

b) *Thérapeutique préventive à appliquer au cours de la grossesse.* — Chez certaines femmes l'avortement est déterminé par une sorte d'irritabilité de l'utérus. Dans ces cas, il ne faut pas craindre d'exagérer tous les préceptes d'hygiène de la grossesse, dont nous avons déjà parlé. On défendra les voyages et même les déplacements peu importants, les courses en voiture de toutes sortes, les stations debout prolongées (dans les magasins particulièrement), le coït; quelquefois même on est dans l'obligation d'ordonner le repos horizontal au lit ou sur la chaise longue pendant une grande partie de la grossesse.

Chez d'autres les fausses couches paraissent dues à une congestion exagérée de l'utérus aux époques menstruelles, aussi devra-t-on chaque mois leur imposer le repos pendant une semaine et leur interdire le coït et les bains à ce moment.

Certaines affections chroniques, comme celles du cœur et des reins, nécessitent un régime spécial, régime lacto-végétarien ou régime lacté absolu.

Toutes les manifestations de l'auto-intoxication gravidique, albuminurie, vomissements dits incoercibles, etc., devront être traitées dès leur apparition par l'application du régime approprié.

Enfin chaque fois qu'on constatera de la rétroversion de l'utérus gravide, il faudra surveiller avec grand soin le développement de cet organe et le réduire s'il avait tendance à s'incarcérer dans la concavité sacrée.

Pendant la grossesse, il est parfois nécessaire de recourir

à une intervention chirurgicale dans la cavité abdominale et au voisinage de l'utérus, appendicite, ablation d'un kyste de l'ovaire; quelquefois même cette intervention porte sur l'utérus lui-même, torsion du pédicule d'un fibrome sous-séreux. Dans ces cas il y a indication absolue à pratiquer une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'une solution à 1 p. 100 de morphine, immédiatement avant l'opération et pendant les trois ou quatre jours qui suivent. Le chirurgien devra également éviter de manipuler l'utérus au cours de l'intervention.

Enfin chaque fois que la syphilis aura été constatée chez l'un des générateurs, le traitement devra être institué pendant toute la durée de la grossesse ou continué, s'il avait déjà été mis en œuvre avant le début de la gestation.

AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE

L'avortement thérapeutique est l'interruption provoquée de la grossesse dans les six premiers mois; comme le fœtus n'est pas viable à cette époque, la gestation ne doit être interrompue que dans un but unique : sauver la mère dont les jours sont mis en danger par l'évolution même de la grossesse.

Les indications sont donc toutes absolues; elles sont constituées soit par des affections ou par des accidents créés par la grossesse elle-même, soit par l'aggravation de maladies chroniques préexistant à la gravidité.

Dans les *vomissements incoercibles* de la grossesse l'évacuation utérine reste la seule ressource à notre disposition pour sauver la femme, lorsque le traitement médical appliqué avec rigueur n'a pas arrêté les vomissements et que l'état général est devenu grave, abattement, agitation, amaigrissement, facies plombé, yeux excavés, *pouls battant constamment au-dessus de* 100 avec une température normale, diminution de la sécrétion urinaire (au-dessous de 600 grammes).

La *chorée*, les *névrites toxiques* ne réclament l'interruption de la grossesse que dans les cas où elles se localisent sur des organes importants de l'économie, cœur, système nerveux cardio-pulmonaire.

L'*anémie aiguë*, déterminée soit par des *hémorragies* abondantes, soit par des hémorragies en apparence minimes, mais continues ou répétées, quelqu'en soit l'origine, devient une indication de premier ordre si elle est caractérisée par une décoloration des téguments, peau et muqueuses, par des tendances syncopales, par des tintements d'oreille et surtout par une *accélération permanente du pouls* (au-dessus de 100).

Dans l'*anémie progressive* l'indication est fournie par l'état général, l'accélération des pulsations et surtout par l'examen du sang, diminution du nombre des globules et diminution de l'hémoglobine.

La *grossesse molaire* doit être interrompue chaque fois qu'elle est reconnue, et le diagnostic certain ne peut être porté que s'il y a eu expulsion de vésicules. Mais bien souvent c'est le syndrome hémorragie qui nécessite l'interruption.

L'*hydramnios* peut mettre les jours de la femme en danger si la distension de l'utérus a une marche rapide ou si elle est considérable ; elle provoque alors des troubles asphyxiques, des douleurs abdomino-costales, de la sécheresse cutanée, des œdèmes et une diminution de la sécrétion urinaire.

Quant à l' *incarcération d'un utérus rétro-fléchi*, nous ne pouvons plus la considérer comme une indication absolue, car nous avons en notre pouvoir une autre méthode thérapeutique supérieure à l'avortement, c'est la laparotomie qui permet de faire disparaître l'obstacle et de réduire la rétroversion.

A côté de ces affections ou accidents créés par la grossesse, il faut placer les maladies qui préexistaient à cette dernière et qui sont aggravées par elle.

La *néphrite* ancienne est parfois malheureusement influencée par la gravidité, celle-ci doit être interrompue si l'albuminurie augmente d'intensité malgré l'application d'un régime sévère et d'une thérapeutique rigoureuse et si elle s'accompagne de troubles oculaires, rétinite, et de manifestations urémiques, maux de tête, œdème, troubles psychiques et surtout diminution de la sécrétion urinaire (urines inférieures à 600 grammes).

Les *affections cardiaques* ne nécessitent l'avortement provoqué que s'il s'est produit à plusieurs reprises des troubles graves de compensation, asystolie avec dyspnée et asphyxie ou persistance d'une hyposystolie, et si la cardiopathie est en même temps compliquée d'une affection pulmonaire, d'une cyphose dorsale ou de lésions rénales. L'intervention ne devra être pratiquée que pendant une période d'accalmie et aussi rapidement que possible. Dans le cas d'œdème pulmonaire il faudra toujours attendre la fin de la crise.

La tuberculose pulmonaire n'est pas une indication, mais il n'en est pas de même de la *phtisie laryngée*, lorsque celle-ci paraît faire des progrès rapides. Signalons également le *goitre suffocant*.

Technique. — Un avortement ne doit jamais être pratiqué sans avoir pris l'avis de deux confrères, on rédigera avec eux une ordonnance indiquant les raisons pour lesquelles la grossesse doit être interrompue. Cette ordonnance sera faite en double et signée par les médecins et le mari ou le plus proche parent de la malade, un des exemplaires sera conservé par le médecin de la famille. Grâce à cette précaution on se mettra à l'abri de poursuites possibles dans l'avenir. On a même conseillé de prévenir l'autorité judiciaire de la détermination prise, mais on peut se passer de cette formalité.

La technique est la même que celle que nous avons décrite à propos de la *provocation de l'accouchement*, dilatation du col avec des tiges de laminaire ou des bougies de Hégar, suivant les circonstances, ou encore introduction d'un

ballon de Champtier de Ribes. Dans le cas où il est nécessaire d'aller vite, on peut, une fois le col dilaté, ne pas attendre l'expulsion spontanée, mais décoller l'œuf avec les doigts (curage digital) ou même avec une curette (curettage instrumental). Les plus grandes précautions antiseptiques doivent être prises avant, pendant et après l'intervention.

Nous renvoyons pour plus de détails à l'art. ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ, page 11.

BAINS

I. — **Bains chez les adultes.** — La femme habituée à prendre son bain tous les jours pourra continuer cette pratique pendant la grossesse, mais elle devra autant que possible s'en abstenir aux époques correspondant aux périodes menstruelles.

D'une façon générale elle prendra toutes les semaines un bain simple ou alcalin à la température de 34, 35, 36 ou 37°; elle ne doit éprouver en se plongeant dans l'eau ni sensation de chaleur ni sensation de froid. La durée sera de dix minutes environ. Certains bains médicamenteux sont parfois nécessaires pendant la gestation, aussi croyons-nous utile de donner leur composition.

1° *Bain alcalin :*

Carbonate de soude. . . . . . . 250 à 500 grammes

2° *Bain d'amidon :*

Amidon. . . . . 300 grammes

Délayer cette quantité d'amidon dans quatre litres d'eau qu'on mélangera ensuite à l'eau du bain.

3° *Bain savonneux :*

Savon blanc . . . . 1 kilogramme

Dissoudre à chaud dans six litres d'eau qu'on verse ensuite dans la baignoire.

4° *Bain de sel :*

Sel gris . . . . 5 kilogrammes

5° *Bain de son :*

Son. . . . . 1.500 grammes

Faire bouillir dans huit à dix litres d'eau pendant dix minutes, passer et verser le liquide obtenu dans l'eau du bain.

6° *Bain sulfureux :*

Trisulfure de potassium solide. . . . . 100 grammes

Faire dissoudre dans un litre d'eau chaude et mélanger à l'eau du bain.

7° *Bain de tilleul :*

Tilleul . . . . 1 kilogramme

Faire infuser dans dix litres d'eau bouillante pendant un quart d'heure en couvrant le récipient, passer le liquide qu'on verse ensuite dans l'eau du bain.

II. — **Bains chez les nourrissons.** — Le premier bain donné à la naissance (voir Nouveau-Né) sera composé uniquement d'eau bouillie, le récipient (baignoire, bain-de-pied, grande cuvette, baquet) sera flambé ou ébouillanté.

Les autres bains ne seront donnés qu'après la chute du cordon et la cicatrisation complète de la plaie ombilicale.

La température variera de 33 à 36° suivant les saisons et le poids de l'enfant ; chez les prématurés et les débiles elle pourra être de 36 à 37°.

La durée sera de trois à cinq minutes.

L'enfant sera baigné de préférence le matin au moment de sa grande toilette ; chez ceux qui dorment mal, le bain sera donné avec avantage le soir entre 6 et 7 heures.

Bains médicamenteux chez les nourrissons.

1° *Bain alcalin :*

Carbonate de soude. . . . . 50 à 60 grammes

2° *Bain d'amidon :*

Amidon. . . . . 100 grammes

Délayer dans un litre d'eau et mélanger au bain.

3° *Bain salé :*

Sel gris . . . . 500 à 1.000 grammes

4° *Bain sinapisé :*

Farine de moutarde . . . . 200 grammes

Placer la farine dans un sachet de toile, plonger le sachet pendant cinq à dix minutes dans l'*eau froide* et l'exprimer ensuite dans l'eau du bain.

5° *Bain de sublimé :*

Bichlorure de mercure. . . . . 1 à 3 grammes

La baignoire devra être émaillée ou en bois.

6° *Bain sulfureux :*

Monosulfure de sodium.	15	grammes
Carbonate de soude	20	—
Sulfate de soude.	5	—
Chlorure de sodium	2	gr. 50
Eau	100	—

Verser dans le bain au moment d'y plonger l'enfant 100 gramme de gélatine ayant macéré une heure dans de l'eau froide et fondue ensuite dans une casserole d'eau chaude.

7° *Bain de tilleul :*

Tilleul . . . . 100 grammes.

Faire infuser dix minutes dans deux litres d'eau et verser l'infusion dans le bain.

BASIOTRIPSIE

Nous n'avons l'intention de décrire en détail ni le basiotribe ni son manuel opératoire, l'un et l'autre sont ample-

ment décrits dans tous les traités d'accouchements ; par contre nous insisterons sur les indications de cette intervention et sur certains points spéciaux du manuel opératoire.

Il existe deux modèles du basiotribe dont le premier type est dû à Tarnier, c'est cet ancien modèle que nous recommandons particulièrement au praticien peu entraîné aux manœuvres obstétricales. Ce n'est que très rarement qu'il aura l'occasion de faire une basiotripsie ; il lui faut donc un instrument simple à manier, d'application facile toujours identique, le vieux basiotribe Tarnier réalise cet idéal. On demandera seulement au constructeur de munir le perforateur du capuchon amovible, qui permet de le transformer en crânioclaste.

Avec cet instrument, les règles d'application se simplifient, puisque, quelles que soient les variétés de position de la tête, qu'elle vienne première ou dernière, on introduit toujours les différentes pièces dans l'ordre suivant : perforateur, branche gauche et enfin branche droite.

Indication de la basiotripsie. — On ne doit jamais entreprendre une basiotripsie sans être certain que le fœtus est mort ou tellement compromis qu'on puisse le sacrifier sans arrière-pensée. Prenons comme exemple pour préciser le cas où le fœtus, à la suite de tentatives brutales, répétées et infructueuses d'extraction au forceps, présente une fracture du crâne. La constatation d'une telle lésion par le toucher simple ou manuel contre-indique toute opération capable de faire courir à la mère des risques sérieux.

La règle générale, que nous venons de poser, s'applique à la majorité des cas, elle comporte cependant des exceptions:

1° Lorsqu'une femme et son entourage refusent formellement toute intervention sanglante, doit-on la laisser mourir d'une rupture utérine imminente en l'abandonnant à elle-même ? Évidemment non. D'autre part, il ne saurait être question de remettre la parturiente entre les mains d'un autre médecin, la solution du problème ne serait que reculée. Que faire en pareil cas? Attendre, car le fœtus ne tar-

dera pas à succomber, ou, s'il ne meurt pas, la femme vaincue par la douleur finira par accepter ce qu'elle refusait tout d'abord.

2° Il peut arriver que l'on soit appelé près d'une femme en travail depuis longtemps, on trouve une température atteignant 38°,5 et 39°, un pouls au-dessus de 100; le bassin est très rétréci, le liquide amniotique a une odeur infecte, néanmoins le fœtus est vivant. Il faudrait faire une opération de Porro, car ni le forceps ni la version ne permettraient l'extraction de l'enfant par les voies naturelles. S'il n'est pas possible d'opérer la malade chez elle ni de la transporter dans un hôpital ou une maison de santé, mieux vaut faire une basiotripsie sur l'enfant vivant.

Mais, fort heureusement, de semblables circonstances se rencontrent rarement et dans l'immense majorité des cas on n'aura pas à pratiquer cette lamentable opération qu'est le broiement d'un enfant vivant.

La basiotripsie est indiquée toutes les fois que la tête première ou dernière est retenue en un point quelconque de la filière génitale et qu'il est impossible d'attendre ou d'espérer son expulsion spontanée sans danger pour la parturiente.

L'obstacle, qui peut arrêter la tête, est d'origine maternelle ou fœtale.

Du côté de la mère, ce sont les viciations pelviennes, les obstructions du bassin par tumeur d'origine quelconque, les rigidités du col quelles qu'en soient la nature et la cause.

Du côté du fœtus, l'excès de volume total ou partiel, la dystocie par accrochement des fœtus dans le cas de grossesse multiple.

La basiotripsie n'est possible que si l'orifice cervical est assez dilaté ou dilatable pour permettre l'introduction des cuillers; il faut en outre, disent les classiques, que le bassin ait au moins 4 centimètres et demi dans son diamètre le plus rétréci. Nous devons faire remarquer ici au praticien que dans un bassin rétréci ayant 4 centimètres et demi

de diamètre minimum ou même 5 centimètres et demi le broiement de la tête fœtale à terme devient une opération longue, pénible et par suite dangereuse. Alors même que la tête est bien écrasée, l'extraction du corps du fœtus est des plus difficiles.

Manuel opératoire. — La basiotripsie est une opération douloureuse et qui peut durer longtemps ; il est donc nécessaire de la pratiquer (sauf contre-indication) sous anesthésie générale; aussi est-il indispensable d'être assisté par un confrère au moins.

La malade est placée non pas dans son lit, à moins que celui-ci ne soit très haut, mais de préférence sur une table suffisamment solide protégée par une couverture pliée en quatre. Sous le siège de la femme on glisse une toile cirée qui descend en formant entonnoir dans un seau de toilette, du papier peut remplacer la toile cirée. La patiente est maintenue en position obstétricale soit par deux aides, soit au moyen du procédé suivant qui nous a souvent rendu service : on place dans le creux poplité un bâton solide, un manche à balai par exemple, puis on attache à chaque extrémité de celui-ci les bouts d'une cordelette qui va passer en anse sous la tête de la table en s'enroulant autour de ses pieds. Tous ces préparatifs une fois terminés, on pousse l'anesthésie à fond tout en aseptisant aussi complètement que possible les organes génitaux et les régions avoisinantes. On sonde la vessie en recueillant un peu d'urine pour l'analyser, on garnit enfin la région du champ opératoire.

L'opération doit toujours être précédée du toucher manuel, qui, grâce à l'anesthésie, donne des renseignements précieux sur les difficultés à vaincre. Avant de perforer la tête, il est indispensable de la faire fixer solidement par un aide expérimenté ou intelligent; il faut en outre laisser dans le vagin une main guide qui jalonne les points de repère maternels. En arrière le médius surveille les parties molles recouvrant le promontoire, en avant le pouce prend contact avec la face postérieure de la symphyse pubienne ; l'index

resté libre se tient au contact de l'extrémité céphalique et à égale distance de ces deux points. C'est alors, mais alors seulement, que l'on peut procéder à la perforation aussi près que possible du point repéré par l'index. Il est bon de pénétrer en plein os pour se ménager un orifice toujours béant qu'on n'obtiendrait pas en perforant une fontanelle ou une suture. La profondeur d'introduction du perforateur est facile à graduer quand on opère sur le sommet, puisque c'est la base du crâne qui doit arrêter la pointe de l'instrument. L'appréciation est plus délicate, quand on se trouve en présence d'une face ou d'une tête dernière. Nous conseillons comme moyenne d'enfoncer le perforateur jusqu'à 8 ou 9 centimètres à partir de la pointe.

Pour l'introduction des cuillers il faut procéder avec douceur et sans hâte, le petit broiement peut presque toujours être effectué sans le secours de la vis ; pour le grand broiement, il est bon d'aller très lentement afin de donner à la matière cérébrale le temps de s'écouler ; la vis doit être serrée à fond.

L'extraction, même après un broiement parfait, peut être très pénible ; là encore il faut aller doucement. Si la dilatation du col n'est pas complète, il faut se garder de vaincre la résistance de ce dernier par des tractions brutales, mais se servir du cône céphalique comme on se servirait d'un ballon de Champetier et en même temps dilater doucement l'orifice cervical avec un ou deux doigts. Si la masse constituée par la tête broyée paraît encore trop considérable, il est parfois préférable de faire un second broiement perpendiculaire au premier.

Le broiement de la tête dernière est plus facile, si l'on se débarrasse du corps du fœtus ; la section du cou ne sera pratiquée qu'après avoir effectué le petit broiement, car on n'a plus à craindre la fuite de la tête.

Lorsqu'on a réussi à extraire la tête venant première, on éprouve parfois des difficultés à entraîner le reste du fœtus ; le mieux est de chercher à abaisser successivement les bras,

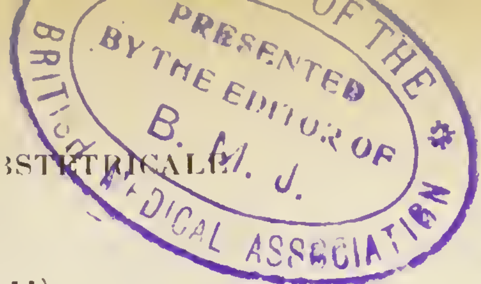
au besoin en les fracturant, le tronc vient alors aisément.

Faut-il après une basiotripsie pratiquer systématiquement la délivrance artificielle ? En règle générale, cela est préférable ; mais si l'on se trouve en présence d'un fœtus putréfié, il vaut mieux laisser le placenta se décoller spontanément, quitte à intervenir si le décollement tardait à s'effectuer ou si la patiente perdait du sang. On ne risque pas de la sorte de mettre la main souillée de liquides éminemment septiques au contact des sinus utérins largement béants.

L'opération terminée, il est sage de faire une irrigation intra-utérine avec du permanganate au 1/1000[e] et de mettre en œuvre le traitement préventif de l'*infection puerpérale* (voir ces mots).

De l'emploi du basiotribe comme céphalotribe ou comme crânioclaste. — Il n'est pas toujours facile ou même possible de se servir des trois pièces du basiotribe, il y a parfois avantage à utiliser séparément soit les deux cuillers sans perforateur, soit le perforateur coiffé de son capuchon protecteur et l'une des deux cuillers. Dans le premier cas, l'instrument est transformé en un céphalotribe, dans le second c'est un véritable crânioclaste. Ce dernier est surtout appelé à rendre des services comme tracteur ; on a avec lui une prise solide en même temps qu'un instrument tenant relativement peu de place dans le vagin. Pour extraire par exemple un enfant mort en présentation du front, il est commode de saisir le frontal entre le capuchon du perforateur introduit dans le crâne et la cuiller appliquée sur la face. Mais ce sont là des modes d'emploi de l'instrument vraiment exceptionnels et d'autre part le vieux modèle, que nous avons préconisé, se prête peu à ces combinaisons, puisque son utilisation comme crânioclaste n'est possible que dans les positions gauches de la tête.

Notons enfin l'application du basiotribe-crânioclaste sur le siège de l'enfant mort comme pince à préhension puissante ; mais son usage dans cette circonstance sera bien rarement indiqué.



BASSIN (RÉTRÉCISSEMENTS DU)

Un bassin est rétréci lorsqu'une ou plusieurs de ses dimensions sont inférieures à la normale et qu'elles peuvent devenir un obstacle à l'accouchement. En pratique, les rétrécissements pelviens peuvent être rangés dans trois grandes classes : la première comprend les rétrécissements simples ou multiples ne modifiant pas, en apparence du moins, la forme générale du bassin ; la deuxième comprend les bassins asymétriques. Enfin nous placerons dans la troisième des bassins à modifications complexes dont chaque espèce est un type particulier.

Il est d'usage de décrire les bassins rétrécis suivant la cause qui leur a donné naissance : B. rachitique ; B. ostéomalacique ; B. cyphotique, etc., mais une même cause peut déterminer des types différents. Dans le rachitisme par exemple, qui est du reste l'agent le plus fréquent des viciations pelviennes, on rencontre le bassin aplati dans le sens antéro-postérieur, qu'il soit annelé ou canaliculé, le bassin généralement rétréci, le bassin scoliotique, souvent asymétrique, et des bassins à viciations complexes qu'il est impossible de ranger dans une des catégories précédentes. Dans un livre de la nature de celui-ci, il n'est pas permis de créer une nouvelle classification ; nous nous conformerons à la nomenclature classique et nous décrirons chaque espèce de bassin non pas d'après les caractéristiques de sa déformation, mais d'après l'affection qui l'a déterminée directement ou indirectement. Nous renvoyons donc le lecteur aux chapitres suivants :

Rachitique (Bassin).
Ostéomalacique (id.).
Cyphotique (id.).
Claudication (Bassins viciés par).
Oblique ovalaire (Bassin).

En nous limitant à ces différentes variétés, nous passons

en revue les principaux types cliniques tout en simplifiant les longues classifications des auteurs classiques ; nombreuses sont les causes de boiterie, et cependant il nous paraît inutile de décrire les bassins viciés par luxation congénitale, par coxalgie, par lésions des membres inférieurs.

BEC-DE-LIÈVRE

On ne trouvera dans cet article aucun renseignement concernant la technique opératoire applicable au bec-de-lièvre, nous indiquerons seulement les indications thérapeutiques qui découlent de cette malformation.

On sait ce qu'est le bec-de-lièvre : une fissure congénitale intéressant soit le rebord labial seul (bec-de-lièvre simple), soit à la fois le rebord labial et une portion plus ou moins étendue du rebord alvéolaire, de la voûte palatine et du voile du palais (bec-de-lièvre compliqué). Dans le premier cas, la malformation nuit seulement à l'esthétique du nouveau-né ; dans le second, elle menace directement sa vie, nous allons voir de quelle façon.

Lorsque le bec-de-lièvre est simple, l'enfant n'éprouve que très peu de gêne pour téter ; l'intégrité du rebord alvéolaire permet à la pompe aspirante bucco-linguale de fonctionner normalement. Il n'en est plus de même si le corps de pompe est fendu longitudinalement ; à chaque tentative d'aspiration l'air pénètre largement dans la cavité buccale rendant ainsi la succion impossible.

Pour nourrir ces enfants, il n'y a qu'un moyen, c'est de leur verser le lait dans la bouche avec une cuiller ou à l'aide d'un biberon muni d'une tétine en caoutchouc large et molle ; celle-ci se remplira elle-même de lait sous l'influence de la pesanteur, si l'on prend soin d'incliner convenablement la bouteille, et l'enfant l'exprimera entre sa langue et son palais. Dans ces conditions on pourra bien rarement se servir de lait de femme si ce n'est dans les premiers jours qui

suivent la naissance, car la sécrétion lactée non sollicitée par la succion baisse très rapidement. Signalons cependant deux procédés que l'on peut utiliser :

1° L'emploi d'un appareil prothétique obturateur de la brèche palato-alvéolaire, qui permet parfois à l'enfant de téter directement ;

2° L'utilisation pour tirer le lait d'un appareil spécial, la téterelle bi-aspiratrice de Budin ou d'Auvard, ou la pompe aspirante connue sous le nom de succi-pompe.

Un autre danger menace ces enfants, le lait passe librement dans les fosses nasales, il y stagne, y fermente et devient une source d'infection dangereuse non seulement pour les voies digestives, mais surtout pour les voies respiratoires, d'où la fréquence de la broncho-pneumonie chez ces nourrissons pour lesquels la malformation est déjà une cause de débilité.

A quel âge doit-on opérer le bec-de-lièvre? Pour répondre à cette question il faut mettre en balance la résistance du sujet et la gravité présumée de l'opération.

S'il s'agit d'un bec-de-lièvre simple ne nécessitant qu'un avivement, l'opération pourra être pratiquée vers la troisième ou la quatrième semaine à condition que l'enfant ait régulièrement augmenté de poids.

Si l'opération doit être plus complexe, nécessitant des décollements et exposant l'enfant à des hémorragies plus ou moins abondantes, il est prudent d'attendre l'âge de trois à six mois, car les très jeunes enfants supportent mal les pertes sanguines même légères.

Dans le bec-de-lièvre compliqué, c'est vers un an seulement qu'on pourra sans trop de risques tenter une intervention, d'autre part il y aurait des inconvénients pour le développement de la face à la différer plus longtemps.

L'opération ne s'attaque d'abord qu'à la façade, car la restauration des fissures palatines ne peut guère être tentée utilement avant la cinquième ou la sixième année ; à cet âge le petit malade est en état de comprendre certaines né-

cessités du traitement post-opératoire (lavages par exemple).

Le bec-de-lièvre compliqué même opéré s'accompagne de troubles très marqués de la phonation que seule une gymnastique spéciale précoce et persévérante peut atténuer ou plus rarement guérir.

BERCEAU

Le berceau est le lit destiné à l'enfant pendant sa première année. Le meilleur est le petit lit en fer qui ne permet pas le balancement ; il faut éviter les berceaux en bois ou en osier difficiles à tenir propres. Les rideaux ne sont utiles que dans les régions habitées par les moustiques ; ils seront en tulle fin, car il ne faut priver l'enfant ni d'air ni de lumière.

Les objets de literie se composent :

D'un matelas en crin, varech ou balle d'avoine ;

D'une toile imperméable recouvrant le matelas ;

D'un oreiller en crin ou en varech ;

D'un drap de dessous ;

D'un drap de dessus ;

D'une taie d'oreiller ;

D'une ou de deux couvertures de laine.

Une boule d'eau chaude n'est nécessaire que pendant la saison froide ou chez les enfants débiles et nés prématurément ; dans ce cas, il faut parfois en placer plusieurs dans le berceau (voir Débilité). Les boules doivent toujours être entourées d'une enveloppe épaisse et être placées le goulot dirigé vers le pied du lit. Les boules en grès sont préférables aux bouillottes en métal qui fuient fréquemment, il faut défendre l'emploi des bouteilles en verre.

BLENNORRAGIE ET PUERPÉRALITÉ

Le mot blennorragie n'a pas par lui-même une signification très précise, cependant depuis la découverte du gono-

coque il sert à désigner l'infection génitale ou génito-urinaire produite par ce microbe, qu'elle soit localisée ou généralisée.

Cette maladie est assez fréquente chez la femme enceinte, mais elle se confond cliniquement avec les infections qui n'ont pas le gonocoque pour origine, l'examen microscopique seul permet de la reconnaître. Au point de vue pratique ce diagnostic étiologique précis n'a pas une grande utilité, car la thérapeutique reste identique et il vaut mieux considérer tous les cas douteux comme étant dus au microbe de Neisser.

On sait le danger que fait courir à la femme la blennorragie, c'est une des grandes causes de la stérilité. Même quand elle touche l'appareil génital assez superficiellement pour ne pas annihiler sa fonction principale, elle peut encore déterminer un ou plusieurs avortements et rester un danger permanent d'infection ascendante pendant toute la période des suites de couches. Enfin elle est extrêmement dangereuse pour le nouveau-né, puisqu'elle est la cause la plus fréquente des formes graves de l'ophtalmie purulente.

Cliniquement, la blennorragie chez la femme donne lieu à un symptôme banal mais qui force l'attention : c'est un écoulement jaune ou jaune-verdâtre qui tache et empèse le linge. Ces « pertes blanches » frappent la malade par leur abondance, elles l'obligent à se « garnir » comme au moment des règles, elles sont la cause d'une irritation prurigineuse du vagin et de la vulve, et, humectant constamment le sillon génito-crural, elles y entretiennent un intertrigo permanent, surtout chez les femmes qui ne sont pas d'une propreté méticuleuse.

L'écoulement a une consistance variable, il peut être liquide ou au contraire très glaireux et filant, tout en gardant sa coloration spéciale. Ces différences tiennent à l'origine variable du suintement : si le vagin seul est malade, l'écoulement est liquide avec des grumeaux blancs caillebotés ; si le col utérin est atteint, il devient le point de départ d'une leucorrée glaireuse, parfois très abondante.

Les troubles fonctionnels ne sont pas très marqués ; les malades accusent le plus souvent de la pesanteur, des picotements, du prurit vagino-vulvaire. A ces malaises peuvent s'ajouter de violentes douleurs, si l'affection se complique de cystite; on observe alors tous les symptômes propres à cette maladie, envies fréquentes et irrésistibles d'uriner se répétant jour et nuit et suivies de l'émission douloureuse d'une très petite quantité d'urine à la fois, ténesme, douleurs irradiées vers l'hypogastre, le périnée et les cuisses.

A l'examen, on constate la coloration rouge vif de la vulve plus ou moins souillée de pus, l'intertrigo génito-crural, parfois un œdème soit léger, soit intense des grandes lèvres et en outre, assez souvent, des végétations très variables en nombre et en dimensions, depuis celles d'un grain de chènevis jusqu'à celles d'une grosse fraise; quand elles sont très abondantes elles prennent l'aspect d'un chou-fleur.

Au toucher on sent que la muqueuse vaginale est chaude, épaissie, veloutée, et on la trouve fréquemment parsemée de granulations râpeuses qui peuvent constituer des masses volumineuses, comparables à celles que l'on rencontre autour de l'orifice vulvaire.

Le col est parfois énorme, entr'ouvert; au spéculum il apparaît baigné dans un liquide filant et, quand on le déterge avec des tampons de coton, on aperçoit les bords de l'orifice externe tapissés par une muqueuse rouge vif en ectropion.

La gravidité favorise le développement des végétations vulvaires et vaginales, qui se flétrissent et disparaissent souvent avec rapidité après l'accouchement sous l'influence du traitement.

A côté de ces formes intenses de la blennorragie, il en existe d'autres où elle reste presque latente, ce sont celles qui préexistent à la grossesse et dont la virulence a eu le temps de s'atténuer avant l'apparition de celle-ci.

On trouve enfin entre les formes avérées et les formes latentes tous les intermédiaires possibles.

Nous devons signaler une complication locale dangereuse

par sa ténacité, c'est la bartholinite qu'on reconnaît facilement à son siège précis en dehors et un peu au-dessus de la fourchette vulvaire. Elle est tantôt simple, tantôt bilatérale, l'expression de la tumeur fait sourdre du pus (quand il y en a) par l'orifice de la glande.

L'état général est touché dans les formes intenses de la blennorragie qui s'accompagnent de fièvre légère et souvent d'arthropathies.

Quand la maladie a été abandonnée à elle-même, de graves complications sont à redouter pendant toute la période des suites de couches : métrite aiguë, salpingite, périmétrite, péritonite localisée ou généralisée, septicémie même. Le pronostic de toutes les interventions obstétricales s'aggrave considérablement.

Par contre, si la gonococcie est traitée en temps utile, c'est-à-dire au moins un mois avant l'accouchement, elle devient beaucoup moins dangereuse et d'autant moins qu'elle a été mieux et plus longtemps soignée.

Traitement. — Tout écoulement leucorréique chez la femme enceinte doit être considéré comme gonococcique et rigoureusement traité.

En général, il n'est pas nécessaire de maintenir les malades au lit, à moins qu'elles n'aient de la fièvre et de la dépression avec une leucorrée très abondante ou une complication telle que la cystite, la bartholinite ou l'œdème vulvaire; mais il faut leur prescrire immédiatement des injections vaginales antiseptiques. L'antiseptique de choix est le permanganate de potasse.

Il est indispensable de leur indiquer la manière dont les injections doivent être prises sous peine de perdre toute efficacité. Ce n'est que par un contact prolongé avec la muqueuse du vagin et du museau de tanche que le liquide antiseptique peut avoir une action utile. Aussi doit-on rejeter absolument les injections prises dans l'attitude assise ou accroupie en l'espace de deux à trois minutes au plus.

Les objets nécessaires sont :

1° Un bock stérilisable en tôle émaillée d'une contenance de deux litres.

2° Un tuyau de caoutchouc de 1 m. 50.

3° Une canule en verre, droite, à embout olivaire et trous multiples.

4° Une solution préparée à l'avance de permanganate de potasse :

Permanganate de potasse.	60 gr.
Eau distillée	1 litre

Cette solution renferme un gramme de permanganate par cuillerée à soupe et permet de préparer 62 litres de solution au 1 p. 1000, elle est d'un emploi plus pratique et moins coûteux que les paquets.

5° 250 grammes de solution, dite commerciale, de bisulfite de soude qui servira à enlever les taches brunes que le permanganate laisse sur la peau, le linge ou les récipients. Il faut éviter de la mettre en contact avec les muqueuses, car elle est caustique.

6° Un bassin plat en tôle émaillée.

7° De l'eau bouillie refroidie préparée à l'avance et conservée dans une bouteille d'un litre bien rincée préalablement à l'eau bouillie.

Pour l'injection on commence par faire bouillir un demi-litre d'eau, puis on mélange dans le bock eau bouillante et eau bouillie froide de manière à obtenir un litre d'eau chaude à 40° environ, l'appréciation à la main appliquée sur le bock suffit. On verse ensuite avec une cuiller en métal flambée une cuillerée à soupe de la solution de permanganate et on se sert de la cuiller pour bien mélanger la solution. Puis on place le bock à côté du lit à une très faible hauteur, 20 à 30 centimètres seulement.

La malade doit alors se coucher, glisser sous le siège le bassin et prendre l'injection. La durée de celle-ci a une importance capitale, elle doit varier entre 10 minutes et un quart d'heure. Il faut réaliser un véritable bain local et

dans ce but régler l'écoulement du liquide de manière qu'il se produise presque goutte à goutte, dans ces conditions un litre de permanganate suffit amplement pour l'injection.

Il faut prescrire au moins deux irrigations semblables par vingt-quatre heures avec douze heures d'intervalle entre chaque lavage. Il devient nécessaire de les répéter trois et même quatre fois par jour dans les formes graves ou si la femme est très près du terme de sa grossesse.

D'autres antiseptiques que le permanganate peuvent être utilisés, mais aucun ne lui est supérieur, et, comme il n'est ni toxique ni irritant pour les muqueuses, nous conseillons son emploi exclusif pour ces injections prolongées et réitérées.

Si la solution au 1/1.000e était mal supportée (le fait est exceptionnel), il suffirait de la diluer au 1/1.500e, au 1/2.000e ou même au 1/4.000e.

Sous l'influence des lavages on voit en général la leucorrhée diminuer rapidement et perdre sa coloration jaune verdâtre pour devenir presque blanche, mais il ne faudrait pas croire que la blennorragie est guérie à ce moment et qu'on peut cesser le traitement, celui-ci doit être prolongé au moins six semaines, et repris rigoureusement à la moindre récidive d'écoulement vaginal. C'est le seul moyen de se mettre à l'abri des complications pour la période des suites de couches.

Les injections peuvent être à elles seules insuffisantes, on est alors obligé de séparer les parois du vagin par un tamponnement lâche à la gaze imprégnée d'iodoforme ou mieux de peroxyde de zinc. Ce pansement fait à l'aide du spéculum doit être renouvelé tous les jours ; avant de changer le tampon il faut donner une injection d'eau bouillie et déterger la surface du vagin et du col, puis toucher les culs-de-sac vaginaux, le col et l'entrée du canal cervical avec une boulette de coton imbibée de nitrate d'argent en solution au 1/20e.

Il faut prendre garde de n'exercer aucune violence sur le

canal cervical dans la crainte d'éveiller des contractions utérines. Si celles-ci se produisaient, on cesserait les tamponnements et on prescrirait le repos au lit et les suppositoires suivants :

Extrait d'opium.	3 milligrammes.
Beurre de cacao	Q. S.

pour un suppositoire n° 12. Un toutes les deux heures.

Les suppositoires peuvent dans un but d'économie être remplacés par les lavements suivants donnés avec une seringue ou une poire en caoutchouc :

Laudanum de Sydenham . . .	XV gouttes.
Eau bouillie	60 grammes.

pour un lavement à garder. Donner un lavement semblabe à intervalles réguliers d'au moins deux heures.

Cette manière de prescrire les lavements laudanisés n'est pas conforme aux règles classiques dont elle s'écarte par la fréquence et la quantité de laudanum donnée en vingt-quatre heures. C'est cependant la seule manière d'obtenir un résultat durable pour immobiliser l'utérus. On fait absorber ainsi au maximum en vingt-quatre heures douze fois 15 gouttes, soit 180 gouttes ou 4 gr. 20 *pro die* le maximum étant de 6 grammes pour ce laps de temps. Nous considérons cette dose comme un maximum qu'on peut atteindre sans hésitations, mais au-dessous de laquelle il est toujours préférable de rester, surtout si l'on ignore la tolérance de la malade pour ce médicament.

S'il y a des *végétations*, outre les moyens thérapeutiques ci-dessous, il faut employer les badigeonnages avec :

Nitrate d'argent	10 grammes.
Eau distillée.	100 —

ou encore les toucher légèrement avec de l'eau oxygénée pure, ou bien avec la solution :

Acide chromique	10 grammes.
Eau distillée	20 —

Ces divers procédés sont insuffisants lorsque les végéta-

tions sont très volumineuses et suintantes, il est alors nécessaire de les enlever. Comme cette opération comporte des risques d'accouchement prématuré, le mieux est de ne la pratiquer que dans le cours du neuvième mois ; elle consiste dans la destruction des masses végétantes au thermo-cautère seul ou à l'aide de la curette et du thermo-cautère combinés. L'anesthésie générale s'impose dans ce cas.

La *bartholinite*, lorsqu'elle est suppurée, doit être incisée de préférence au thermo-cautère, il est rare qu'une simple ouverture suffise, même si elle est largement faite ; presque toujours la bartholinite récidive ou reste à l'état de petite tumeur rouge, indurée, fistuleuse, foyer d'infection limité, mais dangereux, dont il est bon de se débarrasser par l'excision au bistouri et aux ciseaux après avoir circonscrit la petite tumeur par une incision elliptique. Une fois la glande extirpée, il est nécessaire de faire une hémostase très soigneuse avant de suturer la peau, sous peine d'avoir des hématomes parfois volumineux. Si la vulve est parsemée de varices très développées, il est préférable de s'en tenir à l'incision simple au thermo-cautère et de différer l'excision jusqu'après la période puerpérale.

Si la blennorragie est compliquée de *cystite*, on doit prescrire :

1° Le repos horizontal ;

2° Le régime lacto-végétarien avec une eau alcaline comme boisson ;

3° Des grands bains tièdes prolongés, une demi-heure à trois quarts d'heure, tous les jours ou tous les deux jours ;

4° De boire dans la journée quatre ou cinq tasses de tisane de queues de cerises et mettre dans chacune d'elles une demi-cuillerée à café de :

Bicarbonate de soude . . . . . 150 grammes.

5° De prendre avant les deux principaux repas un cachet d'

Urotropine . . . . 0,50 centigrammes.

6° Des applications de compresses chaudes sur la région sus-pubienne ; en cas de douleurs, verser sur celles-ci une cuillerée à café de laudanum de Sydenham et les recouvrir de taffetas chiffon. Si les douleurs ne s'atténuent pas suffisamment par ce procédé, on aura recours aux suppositoires opiacés ou aux lavements laudanisés (Voir plus haut les formules et le mode d'emploi).

Nous avons insisté au début de ce chapitre sur les graves dangers que la blennorragie maternelle fait courir aux yeux de l'enfant, il nous reste donc maintenant à exposer la prophylaxie de l'ophtalmie purulente. Le traitement de la blennorragie gonococcique de la femme enceinte diminue les chances de contamination pour le nouveau-né, mais elle ne les supprime pas, aussi est-il nécessaire de détruire les gonocoques, qui ont pu être inoculés au niveau de la conjonctive.

Pour cela, immédiatement après l'expulsion de l'enfant, on le place sur le dos entre les jambes de la mère et aussi loin d'elle que le permet la longueur du cordon. Avec des tampons de coton hydrophile préparés à l'avance et bouillis on fait un nettoyage minutieux des paupières, des cils, de l'angle interne de l'œil et des régions environnantes, on écarte ensuite les paupières au moyen du pouce et de l'index de la main gauche et on laisse tomber sur la conjonctive quelques gouttes du collyre :

Nitrate d'argent	0,15 centigrammes.
Eau distillée.	15 grammes.

Il nous paraît inutile de donner d'autres formules de collyres, celui-ci est le plus facile à se procurer et il doit faire partie de la trousse obstétricale d'urgence du praticien. Notons ici que le jus de citron, s'il peut suffire dans les cas où les voies génitales paraissent saines, devient absolument insuffisant lorsqu'elles sont infectées par le gonocoque.

Au moment où l'on donnera à l'enfant son premier bain, il faudra éviter la faute fréquente qui consiste à laver le

visage du nouveau-né avec l'eau du bain. La toilette de la figure sera donc faite séparément avec de l'eau bouillie et un gros tampon d'ouate hydrophile (l'éponge doit être proscrite).

Pendant les huit premiers jours il faudra, malgré tous ces soins, examiner quotidiennement les yeux de l'enfant pour dépister l'infection gonococcique dès son apparition. Si les circonstances rendent impossible des visites aussi fréquentes, on recommandera à l'entourage de prévenir dans le cas où surviendrait le moindre gonflement des paupières ou le plus léger suintement agglutinant la fente palpébrale. Il faut savoir que le nitrate d'argent détermine fréquemment une exsudation de la conjonctive, mais cette réaction cesse au bout de 48 heures, tandis que la conjonctivite purulente apparaît à ce moment.

BOSSE SÉRO-SANGUINE

La bosse séro-sanguine est constituée par un épanchement séro-sanguin non seulement du tissu cellulaire sous-cutané, mais encore des régions sous-jacentes. Au crâne en effet l'infiltration existe entre l'aponévrose péri-cranienne et le périoste et même entre ce dernier et l'os.

Son siège varie avec les différentes présentations : localisée à la région cranienne dans la présentation du sommet, elle occupe la région située entre la fontanelle bregmatique et la racine du nez dans la présentation du front, les joues dans la présentation de la face, les fesses dans celle du siège décomplété mode des fesses, les fesses et les membres inférieurs dans le siège complet, la région deltoïdienne et même tout le membre supérieur dans la présentation de l'épaule.

Elle se produit toujours au niveau des parties les plus déclives et elle est déterminée par une constriction locale avec gêne de la circulation en retour. Sur une même partie fœtale il peut exister plusieurs bosses séro-sanguines de

volume différent mais fusionnées, la plus accusée correspond à celle qui s'est produite la dernière. Dans la présentation du sommet, par exemple, on peut en rencontrer trois, l'une siégeant sur le pariétal postérieur, elle s'est constituée au niveau du détroit supérieur, une autre siégeant sur le pariétal antérieur, elle date du séjour de la tête au niveau du détroit inférieur, la troisième se forme sur l'occipital au moment où le sommet cherche à forcer l'orifice vulvaire.

L'existence d'une bosse séro-sanguine volumineuse est parfois une cause de retard dans l'accouchement et même une cause de dystocie, car, en modifiant la forme de la partie fœtale, elle peut entraver le mécanisme normal de l'accouchement et particulièrement la rotation qui tient sous sa dépendance la descente.

Elle présente encore d'autres inconvénients, son volume peut faire croire à l'engagement alors que la tête osseuse est encore au-dessus du détroit supérieur, elle peut faire prendre une face pour un siège et réciproquement, elle peut être une difficulté dans le diagnostic de la position et de la variété de position en voilant les points de repère craniens, enfin elle a été parfois confondue avec la poche des eaux et par cela même traumatisée par des instruments piquants ou coupants.

Traitement. — En règle générale, il n'y a aucun traitement à appliquer à la bosse séro-sanguine qui se résorbe spontanément dans l'espace de quelques heures ou au plus d'un à deux jours. Il faut éviter les massages et la compression qui ont été préconisés et qui ne peuvent avoir que des inconvénients.

Lorsque la bosse séro-sanguine siège sur une région dont l'épiderme est mince, à la face par exemple, il peut se produire des phlyctènes et même des ulcérations; dans ce cas, il faudra laver avec soin les plaies avec une solution boriquée tiède et appliquer ensuite un pansement humide qui sera remplacé au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures par un pansement sec après avoir saupoudré les ré-

gions traumatisées de poudre de talc stérilisé ou y avoir appliqué une légère couche de vaseline stérilisée.

BOUILLIES

En règle générale, c'est à huit mois révolus, c'est-à-dire dès le début du neuvième mois, que l'on devra donner à l'enfant sa première bouillie ; on doit cependant y recourir plus tôt, lorsque l'enfant normalement alimenté cesse d'augmenter ou refuse de prendre la quantité de lait nécessaire à son accroissement. Cette époque sera au contraire reculée s'il s'agit d'enfants petits et délicats, nés prématurément.

Au début, la bouillie ne sera constituée que par l'addition au lait du biberon d'une cuillerée à café de farine ; si l'on est en présence d'un nourrisson élevé au sein, la quantité précédente de farine sera ajoutée à 150 grammes de lait pur et sucré (15 grammes de sucre) et la bouillie sera donnée à la cuiller ou à la timbale. La farine doit toujours être délayée à froid, pour cela on commence par la mettre dans une tasse et on y ajoute peu à peu du lait froid en agitant constamment pour avoir un mélange parfait, qui est versé dans une casserole avec le reste du lait. Le tout est placé sur le feu et remué pendant toute la durée de la cuisson, l'ébullition doit durer dix à quinze minutes, elle varie du reste avec la nature des farines employées.

Nombreuses sont les farines composées répandues dans le commerce, mais il est préférable de ne s'adresser qu'aux farines simples pendant plusieurs mois. Celles-ci sont :

La farine de froment ;

La crème d'orge ;

La crème de riz ;

L'arrow-root ;

La farine d'avoine.

Un grand nombre de ces farines sont préparées maltées, ce qui les rend plus faciles à digérer. Leur usage sera pro-

longé pendant quelques mois, puis elles pourront être remplacées par des farines composées :

Céréaline ;

Phosphatine ;

Racahout.

Au bout de quinze jours à trois semaines, la bouillie sera plus épaisse, on y mettra deux, puis trois cuillerées à café de farine. Vers le dixième ou onzième mois, suivant les circonstances, on donnera une deuxième bouillie ; il y a avantage à varier le plus possible les farines employées pour éviter le dégoût. Ce n'est que vers le quatorzième mois qu'il sera permis d'ajouter à l'une des bouillies le jaune d'un œuf bien frais ; celui-ci est mélangé à la bouillie lorsqu'elle a été enlevée du feu et qu'elle est prête à être servie.

BOUILLON DE LÉGUMES

Pommes de terre	60 grammes.
Carottes	40 —
Navets	20 —
Pois secs . . . . Haricots secs	10 —
Eau.	1 litre et demi.

Faire bouillir pendant quatre heures, passer, ramener à un litre en y ajoutant de l'eau bouillie et saler avec une cuillerée à café de sel marin.

Ou :

Blé . . . . Orge perlé . . . . Maïs concassé . . . . Haricots blancs secs. . . . . . . Pois secs . . . . Lentilles	30 grammes ou 1 cuillerée à soupe.

Faire bouillir trois heures dans trois litres d'eau et y ajouter une cuillerée à café de sel.

Ces bouillons doivent être renouvelés tous les jours ; ils seront employés à l'état de liquide pour remplacer le lait, ou ils serviront à confectionner des bouillies.

BRIDES AMNIOTIQUES

Au moment du développement de la cavité amniotique chez l'embryon humain il peut se produire, sous des influences pathologiques mal déterminées, des adhérences plus ou moins étendues et plus ou moins nombreuses entre l'embryon et l'amnios qui l'entoure. Le liquide amniotique augmentant de quantité, la cavité, qui n'est d'abord qu'une simple fente, grandit rapidement, l'amnios s'écarte de plus en plus de l'embryon et, s'il y a entre eux des adhérences, celles-ci sont fortement distendues, étirées sous forme de brides plus ou moins longues et tiraillées ainsi que les régions embryonnaires auxquelles elles se rattachent.

Le développement de l'embryon peut en être singulièrement troublé et l'on observe de véritables éviscérations (craniennes, thoraciques ou abdominales), des fentes plus ou moins étendues et profondes (surtout du côté de la face), des amputations congénitales d'un ou plusieurs membres ou de segments de membres.

Parfois le cordon ombilical lui-même est étranglé par ces brides amniotiques, le fœtus meurt par ligature serrée des vaisseaux ombilicaux.

Pratiquement ces brides amniotiques donnent rarement naissance à des accidents dystociques, mais, comme on vient de le voir, elles entraînent des malformations fœtales, les unes bénignes, les autres graves quelquefois même incompatibles avec l'existence. Parfois, on retrouve encore chez le nouveau-né ces brides en connexion avec la malformation qu'elles ont déterminée, d'autres fois elles ont disparu et on ne peut que supposer leur rôle pathogénique d'après l'aspect bridé, étiré ou étranglé des lésions fœtales.

Il n'existe pas de traitement soit préventif, soit curatif de cette complication dangereuse, mais toujours insoupçonnée pendant le cours de la grossesse. Certaines des malformations résultant des brides amniotiques peuvent être justiciables d'un traitement chirurgical (bec-de-lièvre, hernie ombilicale, etc., voir ces articles).

CANCER DU COL ET PUERPÉRALITÉ

Le cancer du col de l'utérus est relativement rare pendant la grossesse, la fécondation n'est possible en effet qu'à la condition que les lésions soient à leur période initiale. Nous laisserons de côté ses caractères cliniques et les différentes formes qu'il peut revêtir, ce sont là des questions qu'on trouvera décrites dans tous les traités de pathologie interne.

Nous signalerons cependant certaines difficultés de diagnostic, qui peuvent se présenter dans la pratique, lorsqu'un utérus atteint de néoplasme du col devient gravide.

Les hémorragies intermittentes, qu'il n'est pas rare de constater dans de telles conditions, peuvent être considérées comme des manifestations menstruelles irrégulières, aussi ne pense-t-on pas à la grossesse. L'augmentation de volume de l'utérus est alors prise pour une propagation du cancer au corps de l'organe, Ces erreurs de diagnostic ne sont possibles que dans les débuts de la gestation,

L'influence réciproque du néoplasme et de la grossesse est très importante à étudier au point de vue pratique ; c'est la connaissance des complications pouvant survenir, qui permet d'instituer la meilleure thérapeutique prophylactique ou curative soit pendant la grossesse, soit au moment du travail.

L'action de la gravidité sur le cancer n'est pas fatalement aggravante ; nombreuses sont les observations signalées dans lesquelles la grossesse n'a en rien précipité l'évolution de la tumeur maligne, qui s'est comportée comme en dehors d'elle.

Cependant on ne peut nier dans certains cas l'influence néfaste de la gravidité, lorsqu'on constate non seulement un développement considérable de la tumeur, mais encore son extension rapide aux régions voisines, ganglions, vagin, vessie, base du ligament large, tissu cellulaire du petit bassin. Cette marche galopante peut être expliquée à la fois par l'âge de la malade, car on sait que les néoplasmes évoluent d'autant plus vite que le sujet est plus jeune, et par les modifications importantes que la gravidité détermine dans toute la sphère génitale,

De ces modifications vasculaires et cellulaires, il résulte en même temps une diminution de résistance des tissus sains et une surproduction des éléments néoplasiques. Aussi est-on en droit d'affirmer que certains cancers à leur début, passés jusque-là inaperçus, ne sont sortis de leur période latente, qui aurait peut-être duré longtemps encore, que sous l'influence de l'évolution d'une grossesse.

Cette action néfaste explique également le caractère de gravité que prennent parfois certains symptômes. Le cancer pendant la grossesse peut en effet brûler les étapes. On voit alors les hémorragies devenir plus fréquentes et plus tenaces, les écoulements sanieux être plus abondants, des douleurs apparaître plus tôt ou s'accentuer et la cachexie faire de tels progrès que la mort survient avant la fin de la grossesse.

Celle-ci d'autre part peut, pour les mêmes raisons, subir l'influence du néoplasme, mais, heureusement pour le fœtus, il n'en est pas toujours ainsi. On paraît avoir exagéré en effet l'action du cancer sur la marche de la grossesse; les cas d'avortement ou d'accouchement prématuré ne sont certainement pas aussi fréquents qu'on pourrait le croire d'après les statistiques (1/3 des cas). Il est probable que dans un grand nombre de ces interruptions le néoplasme n'était pas en cause.

Mais, si la grossesse évolue normalement, l'accouchement peut se ressentir de la présence du néoplasme sur le col.

L'effacement et surtout la dilatation sont parfois retardés ou même entravés ; cette dystocie par rigidité pathologique doit toujours être prévue et il faut être armé pour y remédier. C'est le plus sûr moyen d'éviter les accidents graves qui ont été signalés, mort du fœtus suivie de putréfaction, éclatement et déchirure du col, des culs-de-sacs vaginaux, de la cloison recto-vaginale, ruptures utérines, etc.

Le volume de la tumeur est moins important au point de vue dystocique que sa résistance ; aussi voit-on des accouchements se terminer spontanément, alors que le néoplasme a envahi tout le tissu cervical et semble mettre obstacle à la dilatation du col.

Pendant les suites de couches, la femme est plus exposée aux accidents infectieux par suite de la durée du travail, de la rupture prématurée des membranes, des examens répétés et des interventions souvent nécessaires ; enfin une cause de premier ordre est la présence de ce foyer septique à la porte de la cavité utérine.

La plupart des auteurs, qui se sont occupés de cette question, accusent un pronostic sombre pour l'enfant ; à l'heure actuelle une telle opinion ne devrait plus être émise, à notre avis du moins. Pendant le travail tout devrait être subordonné au fœtus et on ne doit pas attendre que sa vie soit en danger ; d'autant plus que, si l'accouchement ne paraît pas se terminer seul, les moyens employés pour avoir un enfant vivant sont aussi ceux qui sauvegardent le plus la vie de la mère.

Traitement. — La conduite à tenir en présence d'une femme chez laquelle on constate à la fois un cancer du col utérin et une grossesse varie suivant les circonstances. Si le néoplasme est inopérable, les avis sont unanimes, une seule voie nous est ouverte et nous devons la suivre aveuglément : il faut avant tout sauvegarder la grossesse, chercher à la mener à terme et tout faire à ce moment pour avoir un enfant vivant. Mais, lorsqu'on se trouve en présence d'un utérus gravide et qu'on diagnostique un cancer du col bien

limité, on se trouve aux prises avec deux situations différentes : l'intérêt de la mère d'une part demande le sacrifice de la grossesse et par conséquent du fœtus, tandis que l'intérêt de ce dernier, en réclamant la conservation de l'utérus, fait courir à la mère le risque d'une évolution rapide du néoplasme qui devient inopérable.

Nous ne voulons pas rapporter les nombreux arguments invoqués par les partisans de ces deux méthodes opposées pour défendre leur opinion, ce serait rendre plus obscure une question déjà difficile à exposer clairement.

Raisonnons comme on doit le faire en pareil cas ; supposons-nous pour un instant en présence de l'un des nôtres et voyons quelle conduite nous conseillerions.

Pendant la grossesse. — I. *Le cancer est jugé non seulement opérable, mais encore bien limité*, ce qui permet, une fois l'hystérectomie faite, d'espérer la guérison.

Les récidives même dans ces cas favorables sont malheureusement fréquentes, mais aucun signe ne peut les faire prévoir. Avons-nous le droit d'enlever à cette femme les chances, si minimes soient-elles, d'une guérison complète ? Non, sans aucun doute. Si la grossesse est à son début, l'hystérectomie totale par la voie abdominale est nettement indiquée et elle doit être pratiquée le plus tôt possible.

Mais, si le même diagnostic est posé alors que la grossesse est plus avancée, dans les quatre derniers mois par exemple, notre réponse ne sera plus aussi affirmative et nous croyons avoir le droit d'attendre la fin de la gestation pour avoir un enfant vivant et pour pratiquer l'ablation de l'utérus soit au moment même de l'accouchement, opération césarienne suivie de l'hystérectomie abdominale totale, soit pendant les suites de couches, soit quelques semaines plus tard.

II. — *Le cancer est jugé inopérable*. Dans ces circonstances tous nos efforts devront avoir pour but de sauvegarder la grossesse et, par tous les moyens dont nous disposons, de la conduire à terme ou le plus près possible du terme. La mère est fatalement condamnée, cherchons à sauver le fœtus.

Le traitement sera palliatif, il sera dirigé uniquement par les symptômes existants.

Nous lutterons contre les hémorragies par des injections vaginales chaudes, 48 à 50°, données sous faible pression (bock placé à 30 ou 40 cent.) avec une canule munie de trous latéraux sans trou médian, le liquide employé sera antiseptique mais non toxique, permanganate de potasse à 1 p. 2.000, eau oxygénée coupée de deux fois son volume d'eau bouillie, aniodol, lusoforme, liqueur de Labarraque, une cuillerée à potage pour deux litres d'eau. En cas d'insuccès nous pourrions avoir recours aux applications locales d'adrénaline, de ferripyrine, ou même de chlorure de zinc ou de carbure de calcium.

Ce n'est que comme dernière ressource qu'il faudra s'adresser à des moyens plus énergiques : destruction des bourgeons cancéreux au moyen de la curette ou du thermocautère, car il ne faut pas oublier que ces interventions sur le col peuvent déterminer des contractions de l'utérus et interrompre la grossesse.

Pour calmer les douleurs parfois fort vives, il ne faut pas craindre les injections sous-cutanées de morphine ou d'héroïne.

III. — Entre le cancer inopérable à cause de l'envahissement des organes voisins et le néoplasme bien limité, qui permet une fois enlevé d'espérer une guérison complète, il existe des *cas intermédiaires*. Nous rangeons dans cette catégorie les tumeurs, qui ne sont encore que cervicales en apparence, mais dont l'importance est telle qu'on est en droit de supposer un début de propagation à distance par la voie lymphatique.

Dans ces conditions incertaines il se trouvera des chirurgiens qui n'hésiteront pas à proposer l'intervention radicale, surtout si la grossesse ne fait que commencer. En présence de cette diversité d'opinions, le praticien peut être plongé dans un cruel embarras. Or, nous croyons que dans le cas particulier que nous venons d'envisager, la seule conduite à

tenir est l'abstention, quelque soit l'âge de la grossesse. Comme dans le cancer inopérable, notre rôle est de faire uniquement de la puériculture pour permettre à l'enfant de se développer et pour l'amener à terme.

Nous n'aurons donc qu'à instituer un traitement symptomatique contre les écoulements sanieux, les hémorragies, les douleurs, en suivant les prescriptions indiquées à propos du cancer inopérable.

Il se peut que des complications graves menacent la vie de la mère et par cela même celle du fœtus, dans ce cas, si celui-ci est viable, son intérêt doit l'emporter ; la seule voie qui lui fasse courir les risques les moins grands, c'est la voie abdominale. Il faudra donc sans hésiter pratiquer l'opération césarienne et non l'accouchement prématuré, opération césarienne suivie soit de l'hystérectomie totale, si elle est possible, ce qui est rare dans l'hypothèse actuelle, soit l'opération de Porro ; nous aurons du reste à revenir sur ce sujet à propos du traitement pendant le travail.

Il est bien entendu qu'en cas de mort subite, par embolie par exemple, l'opération césarienne *post-mortem* est indiquée, si le fœtus est vivant.

Pendant le travail. — Dans tous les cas sans exception où l'on n'a pas été obligé d'interrompre la grossesse, il faut penser qu'au moment du travail une opération césarienne peut être nécessaire, même si les lésions minimes permettent d'escompter un accouchement facile par les voies naturelles. Aussi est-ce un devoir d'avoir tout prévu et tout préparé à l'avance, matériel opératoire, objets de pansement, en vue de cette intervention.

Deux cas bien distincts se présentent en effet ; ou bien les lésions sont telles, col complètement envahi, extension aux organes voisins, vagin, vessie, que l'accouchement par les voies naturelles est jugé impossible ou même seulement dangereux ; ou bien le néoplasme n'occupe qu'une portion du col, et on est en droit d'espérer un accouchement normal.

1° Dans le premier cas, *accouchement jugé d'avance impossible*, l'opération césarienne a été décidée au cours de la grossesse comme le seul mode d'accouchement possible pendant le travail.

Il y a alors intérêt pour l'enfant à la pratiquer, non pas, comme certains le conseillent, au terme de la grossesse, ce qui permet, il est vrai, de faire une intervention à date et à heure fixes, mais dès le début du travail, annoncé par les premières contractions douloureuses. Cette manière de faire a pour avantage de mettre à l'abri d'une erreur possible, car nous savons combien il est difficile, même avec une grossesse normale, de déterminer l'époque à laquelle celle-ci remonte ; les difficultés sont encore plus grandes dans le cas actuel, puisque des hémorragies, provoquées par le néoplasme, ont pu faire ignorer le début probable de la gestation. Tout devra donc être préparé d'avance, afin de ne pas perdre de temps au début du travail et de ne pas exposer l'enfant à des causes de souffrance.

2° Dans le second cas, *accouchement jugé possible par les voies naturelles*, il est nécessaire de suivre attentivement la marche du travail; si celui-ci traîne en longueur soit par insuffisance de contractions, soit par résistance du col, il est dangereux à la fois pour la mère et pour l'enfant de chercher à l'activer par la méthode instrumentale, dilatateurs, ballons, ou par la méthode manuelle. Une seule intervention se pose, aussi bien dans l'intérêt maternel que fœtal : l'opération césarienne, qui peut être pratiquée rapidement, puisque tout a dû être préparé d'avance suivant les conseils déjà donnés. Les résultats seront d'autant meilleurs qu'on n'aura pas laissé le travail se prolonger trop longtemps.

Toujours guidé par l'intérêt de l'enfant, il faudra rejeter toute intervention de force, forceps ou version, surtout si le col n'est pas complètement dilaté ou s'il ne paraît pas dilatable, d'autant plus qu'une intervention faite dans ces conditions peut également provoquer des accidents graves pour la mère, déchirure du col et même du segment inférieur.

Quelle que soit l'indication qui nous a conduit à recourir à la césarienne abdominale, après l'extraction du fœtus nous avons à prendre une détermination au sujet de l'utérus.

a) Si le néoplasme est opérable, il faut enlever l'utérus tout entier par l'hystérectomie abdominale totale. On aura la précaution de protéger le petit bassin par des compresses, qui seront changées dès que l'utérus aura été sorti de la cavité abdominale, et on ne craindra pas de faire une résection large du vagin.

L'hystérectomie abdominale totale est plus simple que les différents procédés en deux temps préconisés par certains chirurgiens étrangers : amputation du col par le vagin, puis césarienne suivie de l'ablation du reste de l'utérus (Mackenrodt); hystérectomie sus-vaginale suivie de l'ablation du col par la voie vaginale (Zweifel). Elle est également préférable à la technique consistant à fermer l'utérus après la césarienne et à l'enlever par le vagin soit immédiatement (Olshausen), soit secondairement pendant les suites de couches.

Quant à l'opération césarienne vaginale (Dührssen), elle doit être complètement rejetée.

b) Si au contraire le néoplasme est inopérable, on fera suivre la césarienne de l'opération de Porro qui mettra la femme à l'abri d'une septicémie péritonéale probable.

L'opération césarienne suivie de l'hystérectomie totale ou subtotale avec pédicule externe est indiquée dans certains cas où l'enfant est mort, lorsque l'état du col ne permet pas d'extraire ce dernier, même au prix d'une intervention réductrice, basiotripsie ou embryotomie.

Suites de couches. — Lorsque l'accouchement s'est fait par les voies naturelles, il faudra exagérer les précautions antiseptiques et pratiquer l'hystérectomie abdominale ou vaginale quinze à vingt jours après, si le cancer est opérable, plus tôt s'il survenait des menaces d'infection utérine.

Dans le cas où il est inopérable, il faudra ordonner des injections vaginales fréquentes et au besoin détruire les

végétations, qui pourraient entraver l'écoulement des lochies.

CARDIOPATHIES ET PUERPÉRALITÉ

Le pronostic des affections cardiaques dans leurs rapports avec la puerpéralité a été jusqu'à ces derniers temps considéré comme grave, mais, grâce à des examens médicaux attentifs, on a pu constater qu'un certain nombre de femmes enceintes présentaient des lésions cardiaques et que cependant elles menaient à terme leur grossesse sans le moindre retentissement ni du côté de leur organisme, ni du côté du développement fœtal. L'opinion de Peter n'est vraie que dans des cas très restreints. Nombreuses sont les observations de grandes multipares, qui ont supporté non seulement plusieurs grossesses, mais encore plusieurs allaitements sans que leur cœur ait cédé à aucun moment.

Les statistiques prouvent que les cardiopathes enceintes tolèrent le plus souvent leur affection, 7 à 8 p. 100 seulement présentent des accidents ; mais lorsque ceux-ci apparaissent ils sont d'ordinaire fort graves, 30 à 40 p. 100 de mortalité (Pouliot).

Ce sont ces accidents que nous désirons exposer particulièrement ; nous nous efforcerons de rechercher si certaines cardiopathes y sont plus prédisposées que d'autres, et quels sont les facteurs de leur apparition. Cette étude nous conduira naturellement à fixer une règle de conduite soit au point de vue prophylactique, soit au point de vue curatif ; nous verrons ainsi quelles sont les femmes atteintes d'affections cardiaques auxquelles on peut permettre le mariage et la maternité, à quelles précautions elles devront se soumettre pendant leur grossesse, à quelle thérapeutique médicale ou obstétricale il faudra avoir recours en cas d'accidents gravido-cardiaques.

Action de la grossesse sur le cœur sain. — La grossesse

normale ne produit jamais de modifications anatomiques du cœur: l'*hypertrophie* n'existe pas plus que la *dilatation* qui fut considérée longtemps comme normale pendant la grossesse. La dilatation, qu'on rencontre parfois, est toujours « un accident pathologique; le plus souvent elle a besoin, pour se produire, de causes adjuvantes, maladies antérieures, fatigues exagérées, mais même dans ces cas, elle n'est pas très fréquente et elle reste habituellement modérée » (Vaquez et Millet).

Chaque fois qu'une affection cardiaque, péricardite, endocardite, ou myocardite, apparaît pendant la grossesse, ou bien elle était antérieure à cette dernière et non diagnostiquée, ou bien elle n'existait qu'à l'état latent et elle est mise en relief par les modifications circulatoires que provoque la gravidité, ou bien encore elle est déterminée par une infection quelconque, qui peut frapper la femme, mais qui est indépendante de son état, quoiqu'aggravée par l'existence de la puerpéralité.

Action de la grossesse sur un cœur malade. — Si la grossesse n'a aucun retentissement sur le cœur sain, il n'en est pas de même sur le cœur malade; mais là encore il est nécessaire d'établir des distinctions : l'action est différente suivant que la lésion cardiaque a toujours été bien compensée, suivant que, l'affection étant connue, la femme aura été soumise à un traitement hygiénique spécial, suivant également que la grossesse est simple ou multiple, normale ou compliquée, suivant enfin le siège et le degré de la lésion.

La grossesse normale n'est pas en effet pour le cœur une cause d'augmentation de travail aussi importante qu'on l'a dit pendant fort longtemps; nos connaissances physiologiques actuelles ont démontré que l'hypertension artérielle de la grande circulation tout au moins n'existe pas plus que l'hypertrophie et la dilatation du cœur. La seule modification, que détermine l'état de grossesse, c'est une *augmentation de la masse sanguine*, non pas que tous les éléments du sang soient en quantité proportionnellement plus consi-

dérable; le sérum seul est plus abondant, il y a donc *hydrémie* et non pléthore. Un cœur sain possède des réserves suffisantes d'énergie pour faire mouvoir cette masse sanguine; il en est de même d'un grand nombre de cœurs porteurs de lésions organiques, *c'est là ce qui constitue les phénomènes de compensation*. Mais qu'une cause quelconque survienne pendant la grossesse soit du côté des viscères abdomino-thoraciques, soit du côté du développement utérin, et l'équilibre pourra être rompu.

Cet exposé physiologique ne s'applique qu'à la grossesse: le travail et les suites de couches ont une physiologie spéciale, car à ce moment il se produit, sans aucun doute, des modifications très importantes dans la circulation. L'hypertension artérielle est certaine pendant le travail et particulièrement au moment des efforts d'expulsion, elle apparaît de nouveau au moment de la délivrance et se prolonge pendant les jours qui suivent; ce sont là des faits précis, enregistrés grâce au sphygmomanomètre.

De ces données physiologiques il nous est facile de tirer dès maintenant des conclusions importantes: les périodes les plus fertiles en accidents chez les femmes atteintes d'affections cardiaques seront, sans aucun doute, le travail et les premiers jours du post-partum. A ce moment le cœur doit faire donner ses réserves fonctionnelles; mais celles-ci ne seront pas toujours suffisantes, soit parce qu'elles étaient très restreintes, soit parce que l'effort demandé était trop considérable. Les accidents gravido-cardiaques peuvent aussi survenir pour les mêmes raisons pendant la grossesse vers le cinquième mois, époque à laquelle se produit l'augmentation de la masse sanguine dans le système circulatoire.

L'hypertension de la circulation pulmonaire existant d'une façon constante pendant la gravidité, c'est de ce côté que se manifesteront d'abord les signes de l'insuffisance cardiaque; ces troubles pourront rester localisés à ce niveau, ils y seront tout au moins plus accusés si la stase se généralise et s'étend à la grande circulation. Aussi les lésions les moins

bien tolérées seront-elles celles qui retentissent le plus sur la circulation pulmonaire; il faut placer en première ligne le rétrécissement mitral, surtout le rétrécissement mitral serré, et en seconde ligne l'insuffisance mitrale.

La pathogénie de ces accidents ne doit pas être bornée uniquement à l'étude des modifications physiologiques de la circulation; dans un grand nombre de cas, et nous en verrons bientôt l'importance au point de vue du pronostic à distance, il faut faire intervenir le fonctionnement des organes de défense de l'économie, foie, reins et peut-être même corps thyroïde et capsules surrénales. C'est souvent en effet après l'apparition des signes de l'auto-intoxication gravidique qu'éclatent les accidents gravido-cardiaques: l'insuffisance hépato-rénale précède fréquemment et commande l'insuffisance cardiaque. Il est rationnel d'admettre que les toxines retenues dans l'organisme puissent agir sur le système nerveux du cœur comme elles le font sur d'autres parties du système nerveux périphérique. L'insuffisance rénale peut exercer son action en déterminant non seulement la rétention des poisons, mais encore la rétention des chlorures, ainsi se comprend la pathogénie de l'œdème pulmonaire, si fréquent chez les cardiaques gravides.

Ce court essai pathogénique était nécessaire pour bien comprendre la marche des accidents, qui surviennent chez les femmes enceintes atteintes de cardiopathies. Nous allons suivre dans cette exposition clinique une gamme ascendante, gamme pour ainsi dire ininterrompue, qui nous expliquera l'enchaînement des différents symptômes.

Accidents gravido-cardiaques. — Au degré le plus bas de l'échelle se placent les troubles de l'innervation du cœur caractérisés par de la *tachycardie*, car il est impossible de faire rentrer dans cette catégorie les palpitations et les tendances syncopales, qui se rencontrent assez fréquemment chez certaines femmes enceintes ne présentant aucune lésion cardiaque. Nous n'en dirons pas de même de la *dyspnée*; celle-ci n'est au début que de la dyspnée d'effort, surtout

lorsqu'elle se manifeste dès les premiers mois de la gestation. Cette dyspnée va d'ordinaire en s'accentuant pour devenir continue vers le quatrième ou le cinquième mois, époque à laquelle se produisent de véritables accès d'oppression et même d'angoisse constituant la crise d'*asthme cardiaque*. Cette dernière éclate pendant la grossesse soit à la suite d'une fatigue, d'un surmenage, soit brusquement au milieu du sommeil ; son apparition peut être plus tardive et n'avoir lieu qu'au moment du travail et même pendant les suites de couches. Ces manifestations sont l'indice d'un véritable encombrement pulmonaire, aussi ne serons-nous pas étonnés de voir survenir presque en même temps de la toux et parfois une expectoration hémoptoïque et même des hémoptisies ; l'auscultation des poumons révèle du reste des râles congestifs aux deux bases.

Cette *asystolie pulmonaire* n'est que le prélude des petits signes de l'*asystolie générale*, œdème péri-malléolaire, diminution de la quantité des urines éliminées dans les vingt-quatre heures, congestion hépatique, caractérisée par une augmentation de la matité du foie et par une douleur épigastrique. Puis apparaissent bientôt tous les symptômes de la grande asystolie, trop bien connus pour que nous les décrivions : « la cardiopathe enceinte brûle les étapes ».

Lorsque ces différents accidents se produisent, ils se suivent d'ordinaire très rapidement. Malgré leur gravité ils ne sont cependant pas toujours mortels : grâce à une thérapeutique active, grâce parfois à l'évacuation spontanée de l'utérus, ils peuvent s'amender aussi vite qu'ils sont survenus ; le cœur semble retrouver une énergie nouvelle, qui fait tout rentrer dans l'ordre.

A côté de cette forme aiguë, quelquefois même suraiguë, il faut placer une forme plus lente, qui évolue sans fracas, mais aussi sans rémissions. La femme enceinte, souvent aussi la femme accouchée s'affaiblit peu à peu ; tous les organes paraissent touchés, aucun n'est capable de suppléer son voisin ; la réaction de l'organisme est nulle et la mort

survient doucement par asphyxie progressive. La malade s'éteint emportée par une véritable *cachexie cardiaque*, qui n'est qu'une variété d'asystolie sournoise, mais implacable.

Pouliot après Vinay a su distinguer dans les accidents gravido-cardiaques une complication fréquente et grave, l'*œdème aigu du poumon*. Cette affection doit être mise sur le même plan que l'asystolie, mais elle ne doit pas être considérée comme une de ses manifestations ; nous ne voulons pas dire par là que l'asystolie ne s'accompagne pas d'œdème pulmonaire, il s'agit alors d'une exsudation séreuse accompagnant les congestions passives.

Ce qui caractérise l'œdème aigu ou suraigu du poumon, que nous étudions en ce moment, c'est son apparition brusque soit en pleine santé apparente, soit au cours des malaises de peu d'importance constituant l'hyposystolie. Tout d'un coup la malade est prise d'une sensation d'angoisse, de suffocation, comparable à celle qu'on observe dans l'angine de poitrine, elle éprouve l'impression d'une mort imminente, et cependant les mouvements respiratoires ne sont pas gênés ; ils sont même précipités. Puis survient une toux légère, quinteuse, provoquée par un picotement pharyngien, toux bientôt suivie d'une expectoration pathognomonique. Celle-ci est d'abord difficile et constituée par de l'écume blanchâtre ou rosée ; elle devient ensuite plus facile, presque spontanée, c'est une sorte de régurgitation.

L'abondance de ce liquide albumineux est parfois tellement considérable qu'il peut remplir rapidement une cuvette ; mis dans un vase transparent il se sépare en deux couches, l'une profonde, filante, gommeuse, l'autre superficielle, aérée, présentant l'aspect de l'écume et souvent colorée en rose par le sang qu'elle renferme. La percussion dénote de la matité des deux côtés de la poitrine, à l'auscultation on entend dans les deux poumons de nombreux râles crépitants et sous-crépitants.

L'accès est relativement court ; cet encombrement bronchique ne pourrait du reste pas se prolonger longtemps sans

entraîner l'asphyxie complète ; il est suivi d'une sensation de bien-être et en même temps de courbature, parfois d'abattement, si la lutte a été vive.

La crise peut être mortelle, si, d'emblée très aiguë, elle se prolonge trop longtemps ou si le myocarde déjà affaibli est impuissant à faire les frais de cet assaut. Dans le premier cas la malade meurt d'asphyxie d'origine pulmonaire, dans le second cas la mort est d'origine cardiaque.

L'œdème aigu du poumon peut se manifester sous une autre forme souvent méconnue ou plutôt étiquetée d'un autre diagnostic. Il s'agit alors d'accès moins accusés, mais répétés ; ils sont souvent considérés comme des congestions ou des apoplexies pulmonaires multiples à cause de l'abondance du sang mélangé à l'expectoration.

A côté de ces accidents classiques des affections du cœur compliquées de grossesse, il nous faut signaler sans insister des complications plus rares, mais d'ordinaire plus graves : la syncope, la thrombose cardiaque, la rupture du cœur, les embolies pulmonaires ou cérébrales suivies parfois d'hémiplégies, et la mort subite.

Le *pronostic* des cardiopathies de la grossesse est assez difficile à fixer d'une façon générale, car il est basé sur de nombreuses questions de détails et il varie avec chaque cas particulier. Il dépend en effet du siège et du degré de la lésion, de l'état social de la femme, de la façon dont se comporte la grossesse elle-même, de l'intégrité des organes de défense de l'économie, et surtout du traitement hygiénique et thérapeutique institué dès le début de la gravidité ou dès l'apparition des accidents les plus légers. Des statistiques intégrales réunies par Pouliot, il est permis de conclure que le plus grand nombre des cardiopathes enceintes supportent leur grossesse sans accidents ; ceux-ci ne surviennent en effet que dans 7 à 8 p. 100 des cas. Nombreuses sont les observations de femmes atteintes d'affections cardiaques, qui ont pu mener à terme et sans incidents plusieurs grossesses.

Même lorsque l'affection n'a jamais été le point de départ

du moindre trouble, on n'a pas le droit d'affirmer qu'il ne s'en produira pas au cours de la grossesse. On devra les redouter au contraire, s'il en est survenu précédemment en dehors de la puerpéralité, si surtout ils se sont répétés à plusieurs reprises, si les reins sont eux-mêmes lésés, si la lésion est complexe ou très accusée, comme cela existe dans le rétrécissement mitral serré.

Le pronostic doit également être envisagé à un autre point de vue : la cardiopathie est-elle susceptible de retentir sur la grossesse elle-même, c'est-à-dire sur son évolution ou sur le fœtus? C'est là une question intéressant au plus haut point l'accoucheur, dont le devoir est de veiller sur les deux existences, mère et enfant. Les complications, qui ont leur contre-coup sur la grossesse, ne sont possibles que si l'affection cardiaque s'accompagne des troubles de compensation ; dans un grand nombre de cas ces complications gravidiques ne sont qu'indirectement d'origine cardiaque. Elles relèvent beaucoup plus d'une insuffisance des organes de défense, dont nous avons déjà indiqué l'importance dans l'éclosion des troubles gravido-cardiaques ; souvent même les deux facteurs interviennent à la fois, et il est fort difficile d'attribuer à l'un plus qu'à l'autre un rôle prédominant. L'*interruption de la grossesse* n'est pas rare, 41,12 p. 100 des cas ; elle est expliquée par la tendance congestive que présentent les femmes atteintes d'affections cardiaques mal compensées.

Ces fluxions localisées au système génital peuvent ne se manifester qu'au moment des périodes menstruelles sous formes d'écoulement sanguin, pris à tort pour des règles normales et pouvant pour cette raison tenir en suspens le diagnostic de grossesse. Dans d'autres cas ce sont de véritables métrorragies qui provoquent l'*avortement* ou l'*accouchement prématuré*. Plus limitées, ces hémorragies restent localisées au placenta et déterminent des *hémorragies intra-placentaires*, semblables à celles qu'on constate dans les toxémies de la grossesse et en particulier dans l'albuminurie,

des *hémorragies sous-choriales* ou encore des *hémorragies rétro-placentaires*. On a décrit du reste un placenta cardiaque caractérisé tantôt par une coloration foncée presque noirâtre de sa face utérine, tantôt au contraire par un aspect blanchâtre ; le gâteau placentaire tout entier est épaissi et semble infiltré de sérosité.

L'accouchement prématuré a été également expliqué par l'action de la rétention dans le sang d'une trop grande quantité d'acide carbonique qui exciterait la fibre utérine et amènerait des contractions (Brown-Séquard). C'est probablement la même pathogénie qu'il faut invoquer comme explication de la *mort du fœtus* dans les cas où celle-ci n'est pas due à des noyaux hémorragiques du placenta ou à des hémorragies rétro-placentaires.

Au moment de l'accouchement et particulièrement pendant la délivrance peuvent apparaître des hémorragies plus ou moins abondantes, il en serait de même dans les premiers jours du post-partum.

Quant au sort de l'enfant né vivant, on a certainement exagéré son pronostic en prétendant qu'il mourait fatalement dans ses premières années. Souvent débile à sa naissance, il peut fort bien s'élever et se développer normalement.

Traitement. — Le *traitement* doit être envisagé à différents points de vue : dans certaines circonstances nous n'aurons à mettre en œuvre que des mesures prophylactiques, dans d'autres au contraire nous sommes aux prises avec des accidents légers ou graves, que nous devons enrayer.

A. — *Traitement prophylactique.*

Au point de vue prophylactique, plusieurs cas se présentent : nous pouvons être consultés par une famille désirant savoir si une jeune fille atteinte de cardiopathie peut se marier, ou si une jeune femme se trouvant dans les mêmes conditions pathologiques doit chercher à éviter une gros-

sesse. Notre réponse, grosse de conséquences sociales, ne devra donc pas être donnée à la légère ; notre veto ne sera prononcé qu'après une enquête sérieuse et un examen médical approfondi.

Nous n'hésiterons pas à interdire le mariage ou la maternité :

Si, au cours de notre interrogatoire, nous relevons dans les antécédents pathologiques de l'intéressée des troubles de compensation, crises asystoliques pulmonaires ou généralisées, ou même des signes de fatigue rapide dans le fonctionnement du muscle cardiaque, dyspnée d'effort, palpitations au moindre surmenage, etc. ;

Si, à l'examen du cœur, nous constatons une lésion complexe ou un rétrécissement mitral très serré ;

Enfin si le sujet présente d'autres altérations organiques, soit thoraciques : tuberculose, emphysème, déformations de la cage osseuse, cyphose en particulier ; soit rénales : albuminurie, insuffisance urinaire, soit hépatiques.

La situation sociale doit aussi être envisagée, et, en cas d'hésitation, elle viendra peser dans la balance du côté de l'interdiction s'il s'agit d'une jeune fille ou d'une jeune femme obligée de travailler et par conséquent dans l'impossibilité de se soumettre au régime que nous allons bientôt indiquer.

Ce sont là les cas les plus fréquemment observés en pratique, mais il en existe d'autres plus rares qu'il faut également connaître. Nous défendrons toujours le mariage et la maternité s'il existe des altérations du myocarde, surcharge graisseuse par exemple, de la symphyse péricardique ou une affection congénitale incompatible avec un excès de travail à demander au cœur, comme dans la maladie bleue.

Appelés à surveiller la grossesse d'une femme chez laquelle nous constatons une lésion cardiaque, quelle sera notre ligne de conduite ?

I. — Pour rester sur le terrain prophylactique, nous supposons qu'il n'existe pas et qu'il n'a jamais existé de troubles

déterminés par cette affection. Nos conseils donnés à titre préventif seront : 1° d'éviter toute cause de fatigue, en conseillant cependant un exercice modéré pendant les premiers mois, promenades quotidiennes, séjour à la campagne pendant la belle saison, repos à la chambre au contraire dans les deux derniers mois et pendant l'hiver ; 2° d'éviter les refroidissements dans la crainte des affections broncho-pulmonaires ; 3° de se soumettre à un régime alimentaire duquel seront bannis tous les aliments riches en toxines : viandes noires, viandes de conserve, parfois même viandes rouges, et dans lequel entrera le lait pour une grande part ; 4° enfin, de faire fonctionner régulièrement l'intestin pour se mettre à l'abri de l'encombrement fécal et de la résorption de toxines, qui en est la conséquence ; il sera prudent d'ordonner une fois par semaine un purgatif salin, qui agira à la fois comme évacuateur du contenu intestinal et comme saignée blanche en provoquant une hypersécrétion des glandes de l'intestin et une diminution de la partie séreuse du sang ; 5° les urines devront être examinées fréquemment et régulièrement, tous les huit jours au début, deux fois par semaine dans les trois derniers mois ; cet examen portera sur la recherche de l'albumine et aussi de temps en temps, tous les mois par exemple, sur la constitution chimique et sur la quantité éliminée dans les vingt-quatre heures.

II. — Toutes ces précautions devront être exagérées, s'il s'agit d'une femme ayant déjà présenté des accidents lors d'une grossesse antérieure ou en dehors de la gravidité. Dans ce cas le régime sera uniquement lacté ou lacto-végétarien, le repos sera exigé ; il sera même parfois nécessaire de recourir à une médication cardiotonique, teinture de strophantus, théobromine à faible dose, pour empêcher le cœur de faiblir dans sa tâche.

Teinture de strophantus à 1/5.	XL gouttes.
Iodure de sodium	5 grammes.
Eau distillée	100 —

Une cuillerée à café au début des deux principaux repas pendant dix jours.

Puis :

Théobromine.	0 gr. 50
Phosphate de soude	0 gr. 25

Pour un cachet.

Un cachet à chaque repas pendant les dix jours suivants.

En restant toujours sur le terrain prophylactique nous devons aborder dès maintenant le traitement obstétrical, que quelques praticiens ont préconisé. Rémy, s'appuyant sur les mauvais résultats au point de vue maternel de l'accouchement prématuré provoqué, n'hésitait pas à recommander l'avortement prophylactique, qui est sans gravité pour la mère. Cette mesure radicale a ensuite été limitée aux cas où des accidents étaient survenus lors d'une grossesse antérieure. Considérée sous ce jour, elle est encore exagérée à notre avis, elle ne peut être admise, et encore après mûre réflexion, que dans le cas d'une cardiopathie ayant présenté à plusieurs reprises des troubles de compensation et compliquée d'une affection pulmonaire, d'une cyphose dorsale ou encore de lésions rénales.

Au cours du travail, qu'on surveillera avec beaucoup de soin, il sera prudent d'éviter à la parturiente les efforts de la période d'expulsion, pendant laquelle la tension artérielle est augmentée. Dès la dilatation complète, surtout chez les primipares, il ne faudra pas hésiter à faire une application de forceps ou toute autre intervention devant aboutir à l'extraction du fœtus, intervention basée sur les conditions obstétricales. Cette conduite sera d'autant plus rationnelle et sera d'autant plus indiquée qu'il existera une cause de dystocie quelconque capable de prolonger le travail.

Quant à l'*allaitement maternel*, il sera autorisé, si la femme atteinte de cardiopathie n'a jamais présenté des troubles de compensation avant et pendant la grossesse ; sinon la formule de Peter « mère, pas d'allaitement » conserve toute sa valeur.

B. — *Traitement curatif.*

I. — Les premiers indices de l'insuffisance cardiaque apparaissent, les accidents sont encore légers, mais ils peuvent être enrayés, si une thérapeutique énergique est aussitôt instituée et continuée plus ou moins longtemps suivant les circonstances. Dans ce cas, le repos au lit devient nécessaire, le régime lacté doit être absolu, l'intestin doit être évacué fréquemment, le strophantus et la théobromine céderont le pas à la *digitale*, médicament à la fois diurétique et cardiotonique. Elle sera administrée sous une forme quelconque, macération ou infusion de feuilles, mais de préférence sous la forme de digitaline cristallisée à cause de la régularité de cette préparation :

Solution de digitaline cristallisée au millième (*Nativelle*), *cinq à dix gouttes tous les jours pendant cinq jours.*

On recourra également aux *révulsifs thoraciques*, ventouses scarifiées, pour amener une déplétion plus rapide de la masse sanguine. La *poudre de Dower* à doses fractionnées (un cachet de 0,25 centigrammes matin et soir) donne de bons résultats comme calmant dans les accidents légers uniquement localisés aux poumons.

II. — Enfin, les accidents peuvent être graves, soit qu'ils succèdent aux signes précurseurs après un temps plus ou moins long, soit qu'ils éclatent brusquement. Le traitement varie suivant les formes.

Dans la grande crise d'asystolie, la digitale doit être laissée de côté. On commencera par soulager le travail du cœur en recourant à une large *saignée*, dont les effets sont ordinairement rapides ; on soutiendra les forces de la malade par des injections sous-cutanées de *spartéine* :

Sulfate neutre de spartéine. . . .	0,50 centigrammes.
Sulfate neutre de strychnine . . .	0,003 milligrammes.
Eau distillée	10 centimètres cubes.

d'*huile camphrée* à 1 p. 10, d'*éther*, en alternant de deux heures en deux heures, et par des inhalations d'*oxygène*.

Y a-t-il avantage dans cette variété d'accidents gravido-cardiaques à mettre en œuvre le traitement obstétrical, avortement ou accouchement prématuré provoqué ? Au moment de la crise elle-même non seulement il n'y a rien à attendre de l'évacuation provoquée de l'utérus, tout au moins dans le dernier tiers de la grossesse, mais encore il y a un gros danger à faire affronter à la malade l'assaut qu'elle doit nécessairement supporter au cours du travail, si abrégé soit-il. Cette question ne doit cependant pas être tranchée d'une façon aussi radicale ; chez les femmes menacées de manifestations asystoliques répétées, il est nécessaire de discuter l'opportunité de l'accouchement provoqué. Celui-ci sera indiqué chaque fois que les crises d'asystolie se répèteront malgré une thérapeutique médicale énergique et chaque fois que, la crise terminée, la femme restera en état d'hyposystolie, mais il faudra toujours attendre une période d'accalmie pour intervenir. On commencera par la placer, grâce au traitement médical, dans les meilleures conditions pour supporter les fatigues du travail.

Quant à la question de l'accouchement dans le cas de mort de la femme enceinte, il n'y a guère lieu de l'étudier, car il ne faut pas songer à sauver l'enfant, qui, dans les cas d'asystolie, les seuls envisagés pour le moment, a cessé de vivre avant sa mère.

L'*œdème pulmonaire* réclame une thérapeutique spéciale ; pendant la crise aiguë on s'adressera également aux injections sous-cutanées d'*huile camphrée*, de *spartéine*, d'*éther*, mais surtout à la *saignée générale* et à la *saignée locale* sous forme de ventouses scarifiées appliquées sur la région thoracique. Les Américains n'hésitent pas dans les formes suraiguës à recourir à la trinitrine et à la strychnine. *Quant à la digitale, elle est formellement proscrite* non seulement au cours de la crise, mais encore en dehors d'elle ; sa contre-indication doit être généralisée à tous les cas où la circulation pulmonaire est encombrée. Cette *exclusion* thérapeutique doit aussi être appliquée au *tartre stibié* qu'employait Peter

et qui peut provoquer des syncopes, au *nitrite d'amyle*, qui, vaso-dilatateur périphérique, peut déterminer des hémorragies du côté de l'utérus, enfin à l'*ergoline*, dont l'action absolument opposée pourrait faire éclater une crise d'œdème pulmonaire.

Le *traitement obstétrical n'existe pas dans l'œdème du poumon* chez les cardiaques. C'est là un point de pratique qu'on ne saurait trop mettre en relief. S'il est permis de le discuter dans l'asystolie, il n'en est plus de même dans cette forme d'accidents gravido-cardiaques ; la contre-indication d'une intervention provoquée se pose non seulement pour les cas d'œdème pulmonaire bien caractérisés, mais elle doit encore être généralisée à tous ceux qui ont présenté antérieurement des accidents de même nature et à ceux qui sont compliqués de lésions rénales ou pulmonaires et de malformations thoraciques.

L'interruption de la grossesse dans les cardiopathies nécessite donc d'une part une enquête sérieuse sur les antécédents pathologiques de la malade, et d'autre part un examen organique méticuleux, afin de ne pas laisser passer le moindre indice pouvant faire craindre l'œdème du poumon.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé que les accidents survenant pendant la grossesse, il nous reste à étudier notre conduite, lorsque ceux-ci existent ou qu'ils éclatent au moment du travail et lorsqu'ils apparaissent pendant les suites de couches.

Pendant le travail, qu'il soit spontané ou provoqué, une indication formelle se pose : il faut l'accélérer. On s'adressera au ballon de Champetier de Ribes pour activer la dilatation et au forceps, à la version ou au basiotribe, suivant les circonstances, pour supprimer la période d'expulsion, la plus dangereuse à franchir pour les cardiopathes. Chez les multipares à col souple et dans les cas d'extrême urgence, on pourrait s'adresser à la dilatation forcée pour terminer l'accouchement plus rapidement.

En présence d'une grossesse compliquée d'hydramnios, il suffit parfois de diminuer le volume de l'utérus par une rupture précoce des membranes pour voir le travail marcher plus vite et les accidents s'atténuer.

Si la femme meurt au cours du travail, l'opération césarienne *post mortem* s'impose, si l'accouchement par les voies naturelles ne peut être terminé rapidement.

Contrairement aux idées admises jusque dans ces dernières années, *il y a avantage à employer l'anesthésie* chaque fois qu'il sera nécessaire d'intervenir chez une cardiaque. Le *chloroforme* paraît préférable à l'éther à cause de l'action irritante de ce dernier sur l'appareil broncho-pulmonaire ; il devra être administré avec beaucoup de prudence et autant que possible en petite quantité. Quant à la rachi-cocaïnisation ou stovaïnisation il nous paraît préférable de ne pas y recourir.

L'expulsion du fœtus ne met pas la femme à l'abri des complications gravido-cardiaques, celles-ci peuvent persister ou même n'éclater qu'à ce moment ; cette période est même considérée comme la plus critique à cause de l'hypertension artérielle qui l'accompagne, particulièrement au niveau de la circulation pulmonaire. Il n'y a aucun avantage à terminer rapidement la délivrance, à moins d'indications spéciales d'ordre obstétrical ; Schlayer a conseillé de placer sur le ventre de l'accouchée un sac de sable pour lutter contre l'afflux trop considérable et trop rapide du sang dans la cavité thoracique. Pendant la délivrance, pas plus qu'après l'expulsion de l'arrière-faix, il ne faut employer l'ergotine à cause de son action vaso-constrictive périphérique, qui pourrait augmenter la tension de la circulation pulmonaire et déterminer une crise d'œdème des poumons.

La *saignée* reste le moyen thérapeutique le plus énergique pendant et surtout après la délivrance, si les accidents ne s'amendent pas et à plus forte raison s'ils apparaissent pour la première fois ou s'ils se renouvellent à ce

moment. Pour lutter contre la dyspnée, qui existe, c'est à la *morphine* injectée à la dose d'un demi-centigramme toutes les cinq ou six heures qu'il faut donner la préférence. La *digitale*, toujours proscrite dans les conditions envisagées, ne retrouve son *indication que quelques jours après l'accouchement* et à la condition qu'elle soit réclamée par des indices de *congestion hépatique et rénale accompagnant un affaiblissement du myocarde,* et encore faut-il qu'il n'existe pas ou presque plus de signes d'œdème pulmonaire. Elle sera alors administrée avec beaucoup de prudence et suspendue à la moindre alerte du côté du poumon.

Quant à l'allaitement, il ne peut pas en être question dans les différents cas que nous avons envisagés et dans lesquels se sont produits des accidents au cours de la grossesse, du travail ou des suites de couches.

CATHÉTÉRISME DE LA VESSIE

Pendant la grossesse et surtout pendant le travail, le cathétérisme de la vessie offre parfois des difficultés assez grandes à cause des déplacements que l'utérus gravide peut provoquer au niveau de ce réservoir.

Les plus grandes précautions antiseptiques doivent être prises aussi bien du côté des instruments que du côté de l'opérateur et des organes génitaux de la patiente ; la femme enceinte et la nouvelle accouchée sont en effet particulièrement prédisposées à l'infection vésicale.

Dans le cours de la gravidité, la rétroversion de l'utérus est fréquemment le point de départ de difficultés dans le cathétérisme, il en est de même au cours de l'accouchement, lorsque la présentation est profondément engagée, aussi dans ces cas faut-il recourir à certains artifices.

On se servira toujours de sondes molles, calibre 21, 22, 23 de la filière Charrière, bien que le plus souvent l'urètre soit comprimé entre la symphyse pubienne et la tête fœtale

engagée. L'usage des sondes rigides et en particulier des sondes en verre est dangereux, parce qu'elles peuvent créer des fausses routes ou se casser.

La découverte du méat est parfois rendue difficile, parce qu'il est profondément caché sous le pubis, l'utérus ayant entraîné la vessie et l'urètre du côté de la cavité abdominale. Il faut alors tirer en haut le clitoris et le vestibule, pendant que les petites lèvres sont portées en dehors. Ce qu'il faut bien retenir dans la découverte du méat, c'est qu'il doit être recherché à la partie supérieure et antérieure du vagin ; on peut donc se guider sur le doigt indicateur gauche introduit dans le canal vaginal, la face palmaire tournée en haut et appliquée contre la paroi antérieure. L'orifice urétral est immédiatement au-dessus de ce doigt.

Dans certains cas on est obligé de refouler légèrement la tête fœtale pour permettre à la sonde de pénétrer dans la vessie.

CÉPHALÉMATOME

Le céphalématome est au point de vue clinique une tumeur, qui apparaît d'ordinaire un, deux ou trois jours après l'acccouchement sur la tête du nouveau-né, mais on peut aussi le constater dès la naissance. Au point de vue anatomique c'est une collection sanguine siégeant entre le périoste et l'os. Sa localisation la plus fréquente est le pariétal droit au niveau de l'angle supérieur et postérieur, on le rencontre moins souvent sur le pariétal gauche, et exceptionnellement sur l'écaille de l'occipital. Ces différents points correspondent en effet aux régions les plus vasculaires et les moins ossifiées du crâne fœtal et par cela même les plus vulnérables; l'union intime du périoste à la membrane suturale, qui représente au niveau des sutures et des fontanelles la couche osseuse du crâne, explique son siège latéral et l'impossibilité de la tumeur de s'étendre en fusant d'un côté à l'autre de la voûte cranienne.

Cliniquement, le céphalématome se présente sous la forme d'une tumeur du volume d'une noix, élastique, fluctuante, indolore, irréductible; la peau a conservé à son niveau sa coloration normale. Dans les jours, qui suivent son apparition, on sent par la palpation ses limites constituées par un bourrelet plus ou moins accusé, cette saillie est due à la formation d'une grande quantité de tissu osseux par le périoste irrité. La présence de ce bourrelet osseux périphérique donne l'illusion d'un enfoncement à la partie centrale. Son évolution est lente ; dès qu'on a constaté la tumeur, il n'est pas rare de la voir augmenter les jours suivants, puis tout en restant stationnaire, la saillie médiane paraît s'accentuer à mesure que la périphérie se rétrécit par la formation du tissu osseux d'origine périostique, le doigt qui palpe éprouve parfois à ce niveau une sensation de crépitation. La régression et le retour à l'état normal peuvent durer plusieurs mois.

On voit, dans certains cas, plusieurs céphalématomes sur le même sujet, un à droite et un à gauche, séparés par un sillon correspondant à la suture sagittale, la tête présente alors une forme caractéristique.

Quelle est l'origine du céphalématome ? La cause véritable est une fissure de la paroi osseuse, celle-ci est déterminée par le traumatisme de l'accouchement qui agit probablement en redressant la courbe des os du crâne. Nous ne pouvons guère admettre la théorie du glissement, pas plus que celle des tractions sur le cuir chevelu grâce à la longueur exagérée des cheveux. Les expériences cadavériques très simples, auxquelles nous nous sommes livrés, nous ont démontré qu'en tirant sur le cuir chevelu ou en faisant glisser celui-ci sur les couches profondes le décollement se produisait dans l'épaisseur du tissu cellulaire ou plutôt entre cette dernière couche et l'aponévrose, et non entre le périoste et l'os. Nous pensons donc qu'il s'agit de la rupture des vaisseaux friables de la paroi cranienne par fissure osseuse, quelquefois même par fracture véritable, car des

épanchements de même ordre ont été constatés dans l'intérieur du crâne entre l'os et la dure-mère, qui représente le périoste profond ; c'est à cette variété qu'on a donné le nom de céphalématome interne.

Un certain nombre de tumeurs craniennes peuvent être confondues avec le céphalématome. Nous placerons en première ligne la *bosse séro-sanguine*, qui existe dès la naissance, car sa production est antérieure à l'expulsion du fœtus, mais elle est plus diffuse, elle ne respecte pas les sutures qu'elle voile le plus souvent. Elle donne au doigt qui palpe la sensation du tissu œdématié, c'est une sorte d'empâtement qui se perd peu à peu dans les tissus environnants, elle est constituée en effet par une infiltration séro-sanguine siégeant le plus souvent dans toutes les couches de la paroi céphalique.

L'*encéphalocèle*, affection congénitale, occupe ordinairement la ligne médiane au niveau d'une suture, elle est parfois pédiculée ; sa consistance varie suivant sa constitution. S'il s'agit d'une méningocèle, elle est ordinairement réductible, et sa tension est augmentée pendant les efforts, ce qu'il est facile de constater au moment des cris poussés par l'enfant.

Le *pronostic* ne présente aucune gravité, à la condition qu'on n'applique aucun traitement local compressif ou résolutif. Parfois cependant il peut être le siège de complications infectieuses, mais il faut pour cela qu'il y ait eu des excoriations du cuir chevelu servant de porte d'entrée aux microorganismes. Il est à réserver s'il accompagne une fracture intéressant toute l'épaisseur de l'os et s'il existe en même temps un épanchement intra-cranien déterminant des troubles de compression du cerveau.

Traitement. — Le *traitement* est extrêmement simple, puisqu'il consiste à *ne rien faire*. C'est grâce à cette abstention qu'on a vu disparaître tous les accidents immédiats comme l'hémorragie provoquée par la ponction, l'incision, le séton, ou tardifs comme la nécrose, produite par la compression, et les infections, abcès, phlegmons, érysipèle.

S'il existe des excoriations du cuir chevelu, on les touchera légèrement avec un petit tampon de coton imbibé de teinture d'iode et on appliquera un pansement sec occlusif.

CÉSARIENNE (OPÉRATION)

L'opération césarienne, qui pendant fort longtemps n'a eu que des indications restreintes et des résultats médiocres, gagne tous les jours du terrain, car, bénéficiant des progrès de l'antisepsie, ses succès ne se comptent plus. Elle est devenue l'opération de choix dans un grand nombre de cas de dystocie, car elle sauvegarde à la fois les intérêts de la mère et ceux de l'enfant. De technique simple, elle doit pouvoir être pratiquée partout et par tous. Nous nous placerons donc dans les conditions où se trouvent la plupart des praticiens, c'est-à-dire loin de tout centre opératoire et dans l'obligation de se livrer eux-mêmes à l'organisation complète du milieu.

Aides. — L'opération césarienne nécessite trois aides, l'un destiné à prêter son concours à l'opérateur, un second chargé de l'anesthésie ; quant au troisième, il peut être une sage-femme ou même une infirmière, à la condition qu'elle soit instruite et expérimentée. Son rôle est en effet de s'occuper de l'enfant, dès que celui-ci aura été extrait de l'utérus ; or il ne faut pas oublier que ce dernier est presque toujours en état de mort apparente et qu'il doit être ranimé.

Instrumentation. — Chaque fois qu'on entreprend une hystérotomie, il faut se souvenir qu'on sera peut-être obligé de terminer l'opération par l'ablation de l'utérus. Aussi l'arsenal chirurgical doit-il comprendre non seulement les instruments que nécessite la césarienne : bistouris, ciseaux, pinces à disséquer et à griffes, pinces à forcipressure et de Kocher, pinces à compresses abdominales, pinces à pansements, écarteurs, aiguilles courbes et droites, seringue pour injection hypodermique, mais encore les instruments nécessaires pour enlever l'utérus, clamps, broches, tube de caoutchouc.

Préparatifs. — Il faut se munir de plusieurs champs opératoires, en toile de préférence, de larges compresses stérilisées pour la cavité abdominale, de petites compresses pour éponger, de plusieurs flacons de soie n°s 2 et 3, de plusieurs paires de gants de caoutchouc, de crins de Florence, d'ergotine ou d'ergotinine, de teinture d'iode et de tout ce qu'on emploie pour une laparotomie quelconque, chloroforme ou éther, liquide antiseptique, eau bouillie, savon, brosses, alcool, cuvettes, sérum physiologique en ampoules avec tube de caoutchouc et aiguille stérilisée.

Il faudra également préparer tout ce qui est nécessaire pour ranimer l'enfant : linge chaud, bain chaud simple et bain sinapisé, oreiller placé sur une table et recouvert d'une serviette, tube insufflateur stérilisé et la poire qui s'y adapte.

Immédiatement avant l'opération, la patiente étant endormie, il faut vider la vessie par le cathétérisme, raser la région pubienne, savonner la vulve et le vagin, faire une injection de deux litres de liquide antiseptique et enfin appliquer un pansement sur la vulve.

Ces précautions terminées, on passe au nettoyage de la paroi abdominale au savon et à la brosse, puis à l'éther et à l'alcool, en n'oubliant pas que l'incision remontera très au-dessus de l'ombilic, qui sera l'objet d'un nettoyage spécial. Ces précautions peuvent être remplacées par le nettoyage à l'éther, suivi d'une large application de teinture d'iode.

C'est à ce moment qu'opérateur et aide, après une antisepsie rigoureuse des mains, enfilent les gants de caoutchouc stérilisés.

Il sera prudent d'en avoir une deuxième paire, qui remplacera les précédents après l'extraction de l'enfant.

L'opérateur, situé à droite de la patiente, aura à portée de la main le plateau renfermant bistouris, ciseaux, pinces et aiguilles. Pour aller vite, on aura avantage à se servir, si toutefois on en a l'habitude, d'aiguilles courbes enfilées d'avance, une dizaine environ avec de la soie n° 3, et cinq ou

six avec de la soie n° 2. Si on ne se sert pas de ce genre d'aiguilles, la soie devra être placée dans le plateau de l'aide, en tronçons de 25 à 30 centimètres ; ce plateau contiendra également des ciseaux, des pinces à forcipressure, des pinces à compresses, des pinces à pansement, quelques clamps et les écarteurs. Pour perdre le moins de temps possible, l'aide préparera le fil à ligature pendant que l'opérateur garnira le champ opératoire.

A la portée de la main de l'aide, situé à gauche de la femme, devront aussi se trouver les boîtes de compresses destinées à protéger la cavité péritonéale et à éponger.

Technique opératoire. — L'incision sera faite de haut en bas en partant d'un point situé sur la ligne médiane, à 8 ou 10 centimètres au-dessus de l'ombilic, elle contournera la cicatrice ombilicale et se terminera à 8 ou 10 centimètres au-dessous de l'ombilic. Il faudra faire l'incision avec prudence chez les femmes maigres, dont la paroi abdominale peut être très amincie sous l'influence de la distension de l'utérus ; s'il était nécessaire d'agrandir l'incision par en bas, on n'oubliera pas que la vessie est parfois très remontée chez les femmes enceintes.

Le péritoine pariétal incisé, on applique quelques pinces sur ses bords, on se trouve alors en présence de deux cas : faut-il ouvrir l'utérus laissé en place, ou y a-t-il avantage à l'énucléer de la cavité abdominale avant de l'inciser ?

Dans le cas d'œuf fermé, on peut fort bien le laisser dans l'abdomen, on évite ainsi une trop longue incision de la paroi. Si l'œuf est ouvert au contraire, nous sommes d'avis d'entraîner d'abord le globe utérin hors de la cavité abdominale, ce qui nécessite presque toujours un agrandissement aux ciseaux de la partie supérieure de l'incision primitive.

Dans tous les cas il est nécessaire, avant d'inciser l'utérus, de protéger la cavité abdominale en insinuant de nombreuses compresses munies de pinces entre l'utérus et la boutonnière pariétale, afin d'éviter la pénétration du liquide amniotique dans l'abdomen. Une autre précaution doit être

également prise si l'on a dû prolonger l'incision supérieure pour extérioriser l'utérus; il existe alors une vaste ouverture par laquelle la masse intestinale aura tendance à s'échapper; aussi croyons-nous prudent, pour parer à cette complication, de fermer provisoirement cette vaste brèche, soit au moyen de fils d'argent ou de bronze, qui seront des sutures provisoires, soit uniquement en rapprochant ses bords et en les maintenant en contact au moyen de pinces de Kocher ou de pinces à griffes fixes. Cette technique présente encore un autre avantage, celui de mettre l'abdomen ainsi fermé à l'abri de la pénétration du liquide, souvent septique, qui s'écoule d'un utérus dont l'œuf est ouvert.

L'utérus ramené exactement sur la ligne médiane, nous conseillons de repérer au moyen de pinces de Kocher les deux points qui semblent devoir être les limites de l'incision, c'est là un moyen sûr d'éviter une incision oblique au moment où l'on pratiquera précipitamment cette dernière.

Avec le bistouri on fait prudemment une boutonnière dans le muscle utérin à sa partie supérieure, on y introduit l'index gauche, sur lequel on glisse la branche d'une forte paire de ciseaux à extrémités mousses, et on sectionne rapidement de haut en bas en se dirigeant vers la pince inférieure servant de repère. Si l'incision a mis à nu les membranes, on les perfore, on agrandit l'ouverture et on va à la recherche d'un pied, dont un examen antérieur aura dû révéler la situation exacte.

L'incision utérine peut au contraire nous conduire sur le placenta, il faut alors autant que possible chercher le côté où les membranes sont proches ; si on ne les trouve pas rapidement, il y a avantage à ne pas perdre de temps et à passer à travers la masse placentaire pour aller chercher le fœtus le plus vite possible. C'est qu'en effet, pendant toute cette période, le sang coule abondamment ; dans le cas d'utérus extériorisé, il est possible de modérer l'hémorragie en faisant comprimer par l'aide les ligaments larges. Nous n'insistons pas sur la façon d'extraire le fœtus, qui

peut varier suivant son mode de présentation ; si l'on éprouve quelque difficulté pour extraire la tête dernière au moyen d'une manœuvre semblable à celle dite de Mauriceau, il ne faut pas hésiter à prolonger de quelques centimètres l'incision utérine, soit par en haut, soit même par en bas, si la vessie n'est pas trop rapprochée. Il ne faut pas craindre, pour le présent du moins, les incisions de segment inférieur, comme le prétendent la plupart des auteurs ; elles ne donnent lieu à de fortes hémorragies que s'il y a insertion du placenta à ce niveau ; dans le cas contraire, l'écoulement sanguin est plutôt peu considérable.

Le fœtus extrait, on pose rapidement une pince sur le cordon qu'on sectionne, et on remet l'enfant à la personne chargée de s'en occuper. Pendant ce temps l'aide comprime légèrement l'utérus, en encerclant de ses doigts de la main gauche la région de l'isthme et en empaumant de la main droite le fond de l'organe.

Après s'être passé rapidement les mains dans un liquide antiseptique, l'opérateur doit aussitôt vider l'utérus des annexes fœtales, placenta et membranes ; cette manœuvre doit être exécutée avec beaucoup de soin.

Il faut agir méthodiquement en se servant de la main droite qui se dirigera de gauche à droite, afin de décoller la totalité des membranes et ne pas les enlever par lambeaux, ce qui serait un moyen d'en laisser une partie dans la cavité utérine. Une fois la délivrance faite, il est prudent d'enlever les compresses souillées, qu'on remplace par d'autres, et même de renouveler le champ opératoire, puis de changer de gants ou tout au moins d'abandonner ceux qui ont pénétré dans l'utérus.

Toutes ces précautions prises, la cavité utérine est nettoyée avec une compresse, puis bourrée au moyen d'une longue bande de gaze stérilisée, qu'on place à l'aide d'une pince à pansement d'abord dans les cornes et dans le fond, puis dans la partie médiane, enfin dans le segment inférieur, en ayant le soin que l'extrémité libre soit située dans le col

pour pouvoir être saisie facilement par la voie vaginale.

Il faut maintenant suturer le muscle utérin au moyen de soie n° 3 ; le premier fil à ligature est placé exactement au niveau de l'angle supérieur de la plaie, les autres seront à 2 centimètres et demi environ les uns des autres. L'aiguille est enfoncée à 1 centimètre du bord de la section, elle traverse toute l'épaisseur de la paroi utérine, rase la muqueuse, qu'il est inutile de saisir dans la suture puisqu'elle est caduque et que c'est la partie le plus susceptible de s'infecter. Suivant un trajet semblable dans la tranche opposée, elle sort en un point symétrique à son point de pénétration ; le dernier fil est posé au niveau de l'angle inférieur de la section utérine. Les fils ne sont serrés qu'après avoir été tous placés, il faut avoir la précaution, au moment où l'on rapproche les bords de la plaie, de bien éponger chaque tranche musculaire pour éviter d'enfermer des caillots. Les fils serrés et sectionnés, on fait des sutures intermédiaires du péritoine seulement au moyen de soie n° 2, en ayant soin d'adosser les deux feuillets péritonéaux pour enfouir la ligne de section.

L'utérus est replacé dans sa situation normale, les compresses abdominales sont enlevées, les bas fonds péritonéaux sont épongés, l'épiploon est abaissé et étalé devant l'utérus, par-dessus on place une large compresse qu'on fait sortir par l'angle inférieur de la plaie abdominale et qu'on enlèvera avant de terminer la suture péritonéale. On ferme ensuite cette dernière par trois plans de suture, un premier en surjet pour le péritoine, un second pour la couche musculaire, le troisième cutané.

S'il est nécessaire d'aller vite, on peut fermer l'abdomen par un seul plan de suture pratiqué avec des fils d'argent ou de bronze, cinq à six suffisent, on place ensuite des points de suture cutanée aux crins de Florence ou des agrafes de Michel.

Quant au drainage, il n'est obligatoire que dans le cas où l'œuf était ouvert avant le début de l'intervention, surtout si l'utérus n'a pas été extériorisé.

Après avoir appliqué un pansement, forte couche de gaze aseptique, coton et bandage de corps, on retire la mèche utérine par le vagin et on met un pansement vulvaire.

Une injection de 1 centigramme d'ergotine sera faite à ce moment, si elle n'a pas été pratiquée, faute d'aide, avant la délivrance.

Les soins postérieurs sont pour la paroi ceux de toute laparotomie, mais du côté de l'utérus il nous paraît prudent de ne pas laisser la mèche utérine aussi longtemps que le prescrivent la plupart des auteurs ; il y a avantage à l'enlever au bout de 24 heures et en tout cas de ne jamais dépasser 48 heures, une partie ayant déjà été enlevée le lendemain de l'opération.

Les fils de la paroi seront retirés le huitième et le dixième jour et l'opérée se lèvera le 21e jour. Si on a dû pratiquer un drainage, on remplacera le drain primitif par un drain de calibre inférieur au bout de 48 heures, et on l'enlèvera le 4e jour, s'il n'y a pas de complication.

Le fonctionnement intestinal sera provoqué le matin du 3e jour, mais dès le lendemain de l'opération on devra mettre deux fois dans la journée la sonde rectale pour favoriser l'évacuation des gaz intestinaux.

Le cathétérisme vésical ne sera employé que si la vessie ne se vide pas spontanément.

L'alimentation sera d'abord liquide, puis végétarienne dès le troisième jour, elle sera normale à partir du cinquième jour, s'il n'y a pas d'élévation thermique et si l'intestin fonctionne régulièrement.

Quant à l'enfant, il sera mis au sein dès la fin du second jour, c'est-à-dire à partir du moment où la montée laiteuse est effectuée.

Indications. — L'opération césarienne a eu pendant fort longtemps des indications très restreintes; les heureux résultats obtenus depuis quelques années grâce à l'application des méthodes antiseptiques et aseptiques d'une part, grâce à l'éducation chirurgicale de tous les accoucheurs

d'autre part, ont augmenté le nombre de ces indications. On peut même affirmer que la liste est loin d'être close et qu'elle s'enrichit tous les jours.

Mieux réglée et par conséquent plus précise que les interventions purement obstétricales, elle offre le gros avantage de faire courir à la mère et à l'enfant moins de traumatismes graves, elle est donc une meilleure sauvegarde des deux existences placées entre les mains des accoucheurs.

L'opération césarienne doit être considérée soit comme une intervention de *choix*, c'est-à-dire prévue et attendue, soit comme intervention de *nécessité*, déterminée par l'apparition de certaines complications d'origine maternelle ou d'origine fœtale.

Pour rester sur un terrain purement clinique les indications de l'hystérotomie doivent donc être divisées en deux grands chapitres. Le premier comprendra tous les cas dans lesquels l'opération césarienne est jugée au cours même de la grossesse comme étant l'intervention qui fasse courir le moins de risques à la mère et à l'enfant au moment de l'accouchement, *opération césarienne de choix*. Dans le deuxième, nous rangerons les nombreuses complications prévues, mais non certaines, ou imprévues, qui surgissent au cours du travail et qui mettent en danger la vie de la parturiente ou du produit de conception, *opération césarienne de nécessité* ou *d'urgence*. Dans cette catégorie entreront un certain nombre de cas discutables à cause des circonstances qui les accompagnent.

L'époque à laquelle on interviendra variera suivant le genre d'indication : toujours hâtive dans l'opération de choix, elle sera tantôt hâtive, tantôt tardive dans l'opération d'urgence.

Indications de choix. — Nous devons placer au premier rang des indications de choix les *rétrécissements rachitiques du bassin* à cause de la place qu'ils occupent dans l'ordre de fréquence de la dystocie. Le problème

doit être ainsi posé : quels sont les bassins pour lesquels l'opération césarienne semble devoir être l'intervention de choix à terme, l'enfant vivant étant supposé d'avance avoir un volume normal ? Il ne faut pas oublier en effet que dans toutes les variétés de dystocie d'origine maternelle, celle-ci n'est pas le seul facteur à envisager, le volume du fœtus et particulièrement les dimensions de son extrémité céphalique bien orientée constituent un facteur d'égale importance. Mais, si les dimensions du bassin sont des quantités immuables chez la même femme, il n'en est pas de même des dimensions fœtales, qui varient avec chaque sujet et chez la même personne avec chaque grossesse. Nous sommes donc obligés pour établir des règles pratiques de formuler une hypothèse et de dire : avec un fœtus à terme, qui aura un volume moyen (3.250 grammes, poids courant), quelles devront être les dimensions du bassin pour que, l'accouchement étant reconnu d'avance impossible, l'opération césarienne soit l'opération indiquée ? La question devait être ainsi posée, car les indications seront plus précises, si le volume du fœtus n'entre plus dans notre cadre. En effet, avec un même bassin, l'opération césarienne pourrait être écartée si le fœtus était reconnu très petit aux approches du terme ; elle sera au contraire plus indiquée, si l'enfant semble avoir des proportions très supérieures à la moyenne.

Cette longue parenthèse, qu'il était nécessaire d'ouvrir pour éclairer une étude de cette importance, étant maintenant fermée, abordons les *rétrécissements rachitiques du bassin*. Ceux-ci se présentent en clinique sous différents types, les plus simples, bien décrits par Pinard, sont le bassin *annelé* et le bassin *canaliculé*, ce dernier moins favorable que le précédent. Nous y ajouterons le bassin qu'on pourrait dénommer le bassin rachitique *complexe* ou *atypique*.

En ne tenant compte que des dimensions du bassin, nous admettons que celui-ci nécessitera l'opération césarienne chaque fois que le diamètre promonto-sous-pubien, le seul

qui puisse être mesuré directement, sera égal ou inférieur à 9 centimètres. Cette limite est surtout applicable aux bassins annelés; pour les bassins canaliculés et atypiques elle peut fort bien être élevée à 9 cm. 5. Il est bien entendu, et nous ne saurions trop le répéter, que nous avons accepté l'hypothèse d'un fœtus de volume moyen ou supérieur à la moyenne.

Pour les bassins ayant moins de 8 centimètres de diamètre promonto-sous-pubien aucune discussion n'est possible sur la voie à suivre au terme de la grossesse, mais il n'en est plus de même s'il s'agit d'un promonto-sous-pubien de 8,5 à 9,5, certains praticiens ont encore le droit d'hésiter entre la symphyséotomie et la césarienne. Les arguments, qui devront plaider en faveur de la voie haute, seront non seulement l'aplatissement du sacrum, mais surtout les dimensions des parties molles; chaque fois que celles-ci seront peu étoffées, l'hystérotomie devra l'emporter sur l'agrandissement du bassin.

Enfin l'hypothèse, que nous avons faite de considérer le fœtus comme devant avoir un volume déterminé, n'est possible qu'en théorie; en pratique on est obligé de tenir compte de l'enfant avant de fixer l'intervention qui semble devoir donner les meilleurs résultats.

Bien que des instruments nombreux aient été imaginés pour mesurer la tête fœtale, aucun ne peut être considéré comme capable de donner des mesures suffisamment exactes pour que nous puissions en tenir compte. Nous sommes encore obligés de nous en rapporter aux renseignements fournis par le *palper mensurateur*, qui nous permet d'apprécier la disproportion existant entre les dimensions de la tête fœtale et les dimensions de l'entrée supérieure du bassin.

Dans certaines circonstances l'indication est plus fœtale que pelvienne, c'est ainsi qu'avec un bassin très modérément rétréci, frisant même la normale, l'opération césarienne peut être l'opération de choix, si le fœtus présente un volume

supérieur à la moyenne. En clinique, il est donc impossible dans toutes les variétés de dystocie pelvienne de dissocier les deux questions bassin et fœtus.

A côté des rétrécissements rachitiques nous devons placer les autres variétés de rétrécissement du bassin ; le bassin de naine et le bassin infantile, les bassins viciés par spondylolysthésis et par spondylizème ne sont l'objet d'aucune discussion ; quant au bassin ostéomalacique type, il relève d'autant plus de l'opération césarienne que la thérapeutique la plus efficace actuellement est l'amputation utéro-ovarique. Le bassin cyphotique ou en entonnoir n'est une indication que dans des circonstances exceptionnelles, il relève plutôt de la symphyséotomie, cependant, si le diamètre bi-ischiatique est très rétréci, moins de 6 centimètres, si les parties molles sont peu étoffées, ce qui est la règle, et si le fœtus n'est pas engagé, l'hystérotomie est indiquée.

Dans les bassins asymétriques le bassin oblique ovalaire vrai de Noegelé est celui qui relève le plus de la césarienne, chaque fois que la tête fœtale ne se présente pas première ou que chez une primipare elle n'est pas engagée, ou encore lorsqu'à un accouchement antérieur le fœtus est mort au cours du travail, le plus souvent à la suite d'une intervention, forceps ou version. Dans ce genre de viciation en effet les parties molles sont souvent peu développées et la symphyséotomie ne peut donner qu'un agrandissement insuffisant, une des articulations sacro-iliaques étant synostosée.

Quant aux bassins pseudo-obliques ovalaires ou viciés par lésions unilatérales d'un membre inférieur, ils ne réclament l'intervention que nous étudions, que s'ils sont compliqués de rachitisme pelvien ou vertébral ou s'il existe des exostoses intra-pelviennes, comme en présentent certains bassins coxalgiques.

Après la dystocie pelvienne il faut signaler la dystocie des parties molles : les fibromes du segment inférieur oblitérant le bassin, les kystes de l'ovaire de volume moyen descendus dans l'excavation, et particulièrement certains kystes der-

moïdes immobilisables, le cancer généralisé du col, certaines atrésies du vagin et de la vulve.

Quant aux indications d'origine purement fœtale, elles sont rares, nous signalerons cependant les fœtus de volume exagéré ayant rendu l'accouchement spontané impossible lors de grossesses antérieures.

Enfin il existe des indications, qui peuvent être à la fois d'origine maternelle et fœtale; l'opération césarienne peut être nécessitée en effet dans un bassin limite par la présence d'un gros fœtus, que le palper mensurateur démontre déborder notablement le plan symphysien.

Indications de nécessité. — Les indications, que nous allons étudier maintenant, ne sont pas toujours aussi précises; elles sont souvent plus discutables et dépendent en partie du milieu dans lequel se trouve la parturiente et du tempérament de l'opérateur. Telle indication en effet, qui paraît incontestable dans un milieu hospitalier, perdra beaucoup de sa valeur dans la pratique urbaine où rien ne sera préparé, et où il y a cependant urgence à intervenir. Aussi reconnaissons-nous que quelques-unes des indications suivantes prêtent à discussion.

Certains bassins très modérément rétrécis (bassins limites) permettaient d'espérer un accouchement par les voies naturelles, l'enfant ne présentant pas de dimensions exagérées, mais les espérances ne se réalisent pas par suite d'une présentation vicieuse du fœtus, présentation de la face et présentation du front, ou par suite d'une orientation défectueuse de la présentation.

Dans d'autres cas ce sont des complications imprévues qui, dans ces mêmes bassins, viennent modifier le pronostic : la procidence du cordon par exemple, parfois même, mais plus rarement, la procidence d'un membre.

Les différents obstacles, qui se rencontrent au niveau du col, rigidité secondaire et rigidité pathologique d'origine syphilitique ou néoplasique, peuvent ne se montrer sous leur véritable jour qu'au cours du travail. Quelques-uns

d'entr'eux reconnus avant l'accouchement étaient considérés comme ne devant pas fatalement entraver l'expulsion du fœtus, mais les événements viennent parfois donner tort à ces présomptions.

La dystocie d'origine fœtale ne se manifeste ou n'est diagnostiquée dans certains cas que pendant le travail, nous signalerons la grossesse gémellaire lorsque les deux fœtus cherchent à s'engager en même temps, les présentations vicieuses, irréductibles, présentation du front, présentation de l'épaule avec rupture des membranes et rétraction utérine rendant la version impossible ou dangereuse.

La brièveté naturelle du cordon, lorsqu'elle est reconnue, ce qui est rare, peut aussi être une indication à l'opération césarienne.

Certains accidents du travail, menaces de rupture utérine, décollement prématuré du placenta normalement inséré avec infiltration du segment inférieur, insertion du placenta sur le segment inférieur recouvrant l'orifice interne de l'utérus, peuvent mettre la vie de la parturiente en danger, si on n'intervient pas par la voie abdominale. Quant au thrombus du vagin, il est relativement rare pendant la grossesse et il ne constitue un obstacle à l'accouchement par les voies naturelles que dans des circonstances exceptionnelles.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé que les cas où le fœtus était vivant, il arrive parfois que l'hystérotomie est indiquée avec un enfant mort, dont l'extraction par la voie vaginale serait dangereuse pour la mère. C'est ce qui se produit lorsque le bassin a des dimensions insuffisantes pour le passage du basiotribe ou lorsqu'il y a un obstacle à l'extraction soit d'origine utérine, rétraction compliquée de contracture, fibrome enclavé, soit d'origine péri-utérine, kyste de l'ovaire immobilisée dans l'excavation, tumeur du pelvis, etc. Dans la plupart de ces indications, l'hystérotomie devra être suivie de l'hystérectomie.

Nous devons signaler enfin l'opération césarienne chez une femme en agonie ou morte subitement, lorsque l'enfant

l'enfant est vivant et que l'état du col ne permet pas de terminer l'accouchement par les voies naturelles.

CHOLÉMIE GRAVIDIQUE

Les troubles hépatiques sont fréquents au cours de la gravidité, nous avons déjà indiqué, dans notre étude générale sur l'auto-intoxication, les modifications anatomiques et fonctionnelles du foie qui sont normales pendant toute la durée de la grossesse. Tant que cet organe suffit à sa tâche, on peut ne constater qu'une exagération de ses différentes fonctions, ainsi se trouvent expliquées la cholémie gravidique d'une part, la glycosurie gravidique d'autre part, peut-être pourrait-on décrire à côté de celles-ci une véritable azoturie gravidique. Mais ce travail exagéré a une limite : sous l'influence du surmenage des altérations vont apparaître et devenir le point de départ de troubles véritables d'origine hépatique, ictère, coliques hépatiques.

La cholémie gravidique, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, passe souvent inaperçue, car elle ne se manifeste que par des symptômes sans grand fracas, rangés pour le plupart dans les signes dits sympathiques de la grossesse. Comme ils retentissent peu sur l'organisme, ils sont souvent négligés et par la malade elle-même et par le médecin ; ils ne méritent cependant pas autant de dédain, car ils sont souvent les avant-coureurs de troubles plus accusés et plus graves, qui auraient pu être évités si l'on avait tenu compte des premiers et si on les avait traités à temps.

La cholémie gravidique est caractérisée anatomiquement par un excès de pigments biliaires dans le sang et cliniquement par une teinte jaunâtre du visage avec prédominance au niveau des sclérotiques, de la paume des mains et de la plante des pieds ; le front est souvent le siège de pigmentations plus ou moins accusées, xanthélasma, chloasma, masque de grossesse. Ces pigmentations cutanées se rencontrent

également au niveau de l'aréole des seins, sur la peau de l'abdomen et particulièrement sur la ligne blanche qui se transforme en ligne brune. Signalons aussi les troubles digestifs, vomissements, diarrhée, constipation, les troubles nerveux, modifications de caractère, irritabilité, dégoûts, envies, les démangeaisons si fréquentes, prurigo, prurit vulvaire, la présence de pigments biliaires et d'urobiline dans les urines. Enfin certains avortements inexpliqués et précédés uniquement par un écoulement sanguin reconnaissent peut-être pour cause la cholémie dont les hémorragies sont une des manifestations cliniques.

Traitement. — Aussi chaque fois qu'une femme enceinte présentera un ou plusieurs des signes que nous venons d'énumérer, sera-t-il nécessaire d'instituer un régime lacto-végétarien et de prescrire des laxatifs fréquents et particulièrement le calomel à faibles doses, 0,03 à 0,05 centigrammes, des boissons diurétiques, des grands bains.

CHLOROFORMISATION DITE « A LA REINE » (*Voir* ANESTHÉSIE).

Cette méthode a pour but de déterminer une anesthésie incomplète, c'est-à-dire de faire disparaître uniquement la sensibilité, tout en conservant l'intelligence et la motilité. Elle consiste à verser sur un mouchoir plié quelques gouttes de chloroforme dès que la contraction utérine apparaît et à placer ce mouchoir disposé en cornet devant le nez et la bouche de la parturiente pendant toute la durée de la contraction. On cesse dès que celle-ci est terminée et on reprend l'inhalation au moment où la femme sent l'utérus se contracter de nouveau.

A la fin de la période d'expulsion on peut augmenter légèrement la quantité de chloroforme à chaque contraction.

Il faut veiller à ce que le chloroforme soit de bonne qualité,

et se servir d'un flacon construit pour cet usage ou d'un flacon compte-goutte, afin d'être maître de la dose versée.

Indications. — On ne devra jamais donner du « chloroforme de complaisance », et on n'aura recours à cet anesthésique que dans les cas suivants :

Agitation et indocilité de la parturiente ;

Fréquence et acuité extrême des douleurs ;

Contractions utérines dangereuses pour le fœtus ;

Nécessité de pratiquer un toucher profond et en particulier un toucher manuel pour reconnaître un obstacle à l'accouchement.

CHOLÉCYSTITE GRAVIDIQUE

Parmi les affections fébriles, auxquelles la grossesse prédispose, il faut ranger la *cholécystite*. Les accidents, qui la caractérisent, apparaissent ordinairement à une époque avancée de la grossesse, huitième et neuvième mois, ils ont été quelquefois précédés par des troubles gastriques, vomissements alimentaires et même incoercibles, par une constipation plus ou moins opiniâtre, et même par des crises de coliques hépatiques franches ou ébauchées. Dans d'autres cas, on ne note dans les antécédents que des accès fébriles, dont la cause est passée inaperçue lors de leur production, ou des douleurs abdominales plus ou moins violentes sans ictère, douleurs qu'on ne pouvait expliquer ou que l'on mettait sur le compte de la constipation. Enfin la cholécystite peut avoir un *début brusque* : la malade est prise tout d'un coup, quelquefois même au milieu du sommeil, par une *douleur aiguë* siégeant dans l'hypochondre et dans le flanc droits et irradiant dans tout le ventre. Cette douleur s'accompagne presque toujours de nausées, de vomissements et d'un accès fébrile caractérisé dans certains cas par un grand frisson.

Dans les jours qui suivent, la douleur persiste, elle est

très aiguë et est exagérée par la respiration, par la toux et par le moindre mouvement. Les *vomissements*, d'abord alimentaires, deviennent rapidement bilieux ; l'intestin fonctionne mal ; il y a des alternatives de diarrhée et de constipation, quelquefois même un arrêt dans l'expulsion des matières et des gaz, qui s'accompagne rapidement de ballonnement du ventre.

La langue est saburrale et souvent sèche, le facies est grippé, les yeux cerclés de noir sont enfoncés dans les orbites et les conjonctives peuvent prendre une teinte sub-ictérique.

La *température* est plus ou moins élevée, 38°,5 à 40° ; cette dernière température est atteinte et quelquefois dépassée, lorsque la malade présente des frissons ; ceux-ci peuvent se produire plusieurs fois dans la journée avec plus ou moins de violence, la peau habituellement sèche et chaude se couvre alors de sueurs abondantes.

Le *pouls* est rapide, 120 à 140 pulsations ; il est ordinairement bien frappé dans les premiers jours de l'affection, il peut devenir petit et faible, lorsque l'état s'aggrave.

Les *urines* sont tantôt normales en quantité et en qualité, tantôt peu abondantes, moins d'un litre, elles peuvent même devenir rares. Leur coloration est souvent foncée et rougeâtre, elles donnent la réaction de Gmelin par suite de la présence des pigments biliaires ; elles peuvent contenir de l'albumine, et le taux de l'urée est parfois diminué de moitié (15 grammes par litre).

L'examen de l'abdomen est capital, mais il est rendu difficile par la présence de l'utérus gravide et par le ballonnement qu'on y constate assez fréquemment. La palpation réveille ou exagère la *douleur* dans une région limitée en haut par le rebord costal, en bas par la crête iliaque, et en dedans par le bord droit de l'utérus. Dès que la main qui palpe appuie sur cette zone, les muscles abdominaux se contractent (*défense musculaire*) et la pression au niveau d'un point situé à l'intersection du muscle grand droit et de la dixième côte détermime une douleur très aiguë, qui arra-

che souvent un cri à la malade ; de ce point la douleur irradie vers l'épigastre.

Le foie déborde généralement les fausses côtes. Lorsque les muscles de la paroi abdominale ne sont pas trop fortement contractés, on peut sentir une *tumeur* allongée dans le sens vertical, à contour irrégulier, de forme ovoïde ou arrondie et de consistance ferme ; cette tumeur *se continue à son extrémité supérieure avec le foie*, dont elle prolonge par en bas la matité. Dans les cas de dilatation considérable de la vésicule, on peut déterminer à son niveau de la *fluctuation*.

La direction de cette tumeur varie avec l'âge de la grossesse : si l'utérus est très développé, elle est souvent refoulée en dehors dans le flanc droit, et même en arrière où elle peut être sentie au niveau de la région lombaire. En contact avec le globe utérin, elle peut être prise pour une portion de celui-ci développé anormalement, car il est impossible de sentir le sillon qui les sépare ; elle s'en distingue cependant par sa consistance plus ferme et surtout par son déplacement correspondant aux mouvements respiratoires. Lorsqu'au contraire l'utérus ne dépasse pas l'ombilic, la tumeur vésiculaire est franchement antérieure et plus facile à percevoir ; son abaissement dans les fortes inspirations est constaté sans difficulté ; sa forme peut être délimitée ; son volume, qui atteint parfois celui d'une orange et même plus, est facilement apprécié ; enfin, elle est séparée de l'utérus par un sillon au niveau duquel la sonorité intestinale est perçue.

Dans quelques cas, la cholécystite évolue sans tuméfaction appréciable ; cette forme spéciale se produit lorsqu'il y a de la sclérose pariétale et de la péri-cholécystite. Ces altérations sont survenues au cours d'une infection biliaire chronique secondaire à la lithiase, on retrouve dans ce cas en analysant les commémoratifs de la malade des antécédents lithiasiques. La cholécystite suppurée n'est alors caractérisée que par la fièvre biliaire, les troubles digestifs la douleur locale et par le mauvais état général.

L'évolution de la maladie est importante à connaître pour le praticien, car c'est elle qui a permis de tracer la conduite à suivre et d'indiquer le moment où le traitement médical doit faire place à l'intervention chirurgicale. La guérison spontanée est rare; la vésicule est à tout moment exposée à se rompre et à déverser son contenu purulent dans la cavité péritonéale, d'où péritonite aiguë rapidement mortelle. Lorsqu'au cours des poussées inflammatoires des adhérences ont eu le temps de s'organiser soit avec la paroi abdominale, soit avec un des organes voisins, le contenu de la vésicule s'évacue au dehors ou dans un viscère, l'intestin le plus souvent. Enfin, la mort peut encore être due à une insuffisance hépatique ou à une infection générale.

La maladie peut aussi retentir sur la grossesse et déterminer soit un accouchement avant terme, ce qui compromet la vie du fœtus, soit la mort de celui-ci *in utero*.

Le *diagnostic* de la cholécystite est souvent difficile. L'apparition des *douleurs* peut faire penser à un *début de travail*, à une crise de *colique hépatique* qui n'est pas rare dans la grossesse, à une *colique néphrétique droite*, à une *colique intestinale*, à une *névralgie intercostale droite inférieure*, à une *gastralgie*, prodrome fréquent des accès éclamptiques.

Ce qui permet surtout de distinguer la cholécystite de ces différentes affections pouvant se rencontrer au cours de la grossesse, ce sont la fièvre biliaire survenant par accès, le siège de la douleur localisée au niveau de l'hypochondre droit et irradiant dans tout l'abdomen, et le retentissement général.

Il n'y a qu'une affection qui puisse mettre dans un profond embarras : c'est l'*appendicite*. Le fond de la vésicule peut en effet descendre jusqu'au niveau du point de Mac Burney, de même que le cæcum sous l'influence de la grossesse peut être remonté du côté du foie. Le siège élevé de la douleur n'est donc pas pathognomonique de la cholécystite; dans cette dernière, la douleur partant du point de Mac Burney est de plus en plus accusée en allant de bas en haut.

tandis que dans l'appendicite la ligne douloureuse commençant au même point se porte de haut en bas.

Les *accès fébriles*, qui peuvent occuper la première place et attirer toute l'attention, se distingueront des *fièvres intermittentes* par l'absence de périodicité et par leur apparition surtout vespérale, ce qui est l'indice d'une suppuration locale, et enfin par l'effet nul de la quinine.

Quant à la *tumeur*, il ne faudra pas la considérer comme développée dans le système pyélo-rénal à cause de son refoulement en arrière et de sa saillie possible dans la région lombaire ; elle ne doit donc pas être confondue avec un *rein mobile*, une *hydronéphrose* ou une *pyélonéphrite*.

L'accolement de la tumeur à l'utérus pourrait aussi faire penser au *développement anormal d'une corne utérine*, à un *fibrome sous-muqueux de l'utérus* ou à un *kyste de l'ovaire*.

Les accidents pouvant n'apparaître qu'après l'accouchement, les symptômes fébriles et les douleurs abdominales éveillent immédiatement l'idée d'un début d'*infection puerpérale*. Si on ne prend pas soin de faire une analyse raisonnée des symptômes, on part sur une fausse piste et on s'empresse de mettre en œuvre le traitement des suites de couches pathologiques : injection intra-utérine, irrigation continue, curettage ; la fièvre et les douleurs persistent et l'état général peut même s'aggraver pendant ce temps perdu. On évitera cette méprise en prenant soin de palper l'abdomen avec méthode : l'absence de douleur au niveau du corps de l'utérus et la rétraction normale de cet organe permettent déjà de rejeter le diagnostic d'infection utérine. Cet examen sera complété par celui des lochies dont l'aspect et l'odeur ont une grande importance. Il ne sera pas inutile de recourir au spéculum, ce qu'on ne fait peut-être pas assez souvent, pour passer en revue l'état du vagin et du col ; c'est là que se trouvent fréquemment les portes d'entrée microbienne sous forme de fissures ou de véritables déchirures recouvertes d'une fausse membrane blanchâtre ou grisâtre. Dans la cholécystite la douleur maxima sera trouvée dans

la partie supérieure du ventre au niveau de la vésicule biliaire dont nous avons déjà décrit la situation exacte : c'est, avec l'existence de la tumeur, le signe le plus important pour poser le diagnostic.

Traitement. — Le *traitement* de la cholécystite gravidique peut être divisé en traitement préventif et en traitement curatif.

Le traitement préventif est basé sur la pathogénie de la cholécystite au cours de la grossesse ; il consiste :

1° A veiller au bon *fonctionnement de l'intestin* par l'emploi fréquent de laxatifs (poudre laxative, cascara sagrada, poudre de rhubarbe, etc.) ;

2° A prescrire un *régime alimentaire* sévère et peu abondant, d'où seront bannis le gibier, la charcuterie, en un mot les viandes putrescibles et fermentées ;

3° A suivre certaines *règles hygiéniques* : exercice quotidien, promenade au grand air, et surtout abandon de ceintures ou de corsets trop serrés.

Le traitement curatif est d'abord médical : il consiste à assurer l'antisepsie hépato-intestinale en instituant le *régime lacté*, qui introduit dans l'intestin un aliment aseptique et en même temps diurétique, et en prescrivant des *préparations antiseptiques* comme le *calomel* à la dose quotidienne de 0 gr. 01 à 0 gr. 05, comme le *salol* ou les *salicylates*, véritables antiseptiques du foie, puisque l'acide salicylique s'élimine en partie par la bile.

Salol . . . . 1 gramme.
Pour un cachet.

Deux cachets par jour.

ou

Salicylate de soude . . . . 0,75 centigrammes.
Bicarbonate de soude . . . 0,25 —
Pour un cachet.

Deux cachets par jour.

Lorsque l'état général ne s'améliore pas rapidement ou lorsqu'il s'aggrave, il ne faut pas perdre de temps, la chirurgie peut seule sauver la malade par une *intervention*. Celle-

ci consiste à aller chercher la vésicule biliaire, à la ponctionner avec un fin trocart ; puis, après l'avoir incisée, à la fixer à la plaie cutanée. Elle est ensuite drainée pour permettre aux calculs de s'éliminer d'eux-mêmes, si non on peut tenter de les enlever à l'aide d'une pince. Il n'est pas rare de voir persister une fistule après l'enlèvement du drain ; c'est que, dans ces cas, le calcul est enclavé dans le canal cystique et oblitère ce conduit ; une nouvelle intervention s'impose alors le plus souvent : elle a pour but de faire l'extirpation de la vésicule biliaire.

CHORÉE PUERPÉRALE

La chorée se rencontre parfois pendant la puerpéralité, grossesse et allaitement ; ce n'est pas une pure coïncidence, puisque cette affection peut se manifester au cours de plusieurs grossesses successives et uniquement à propos des gestations ou de l'allaitement qui leur succède.

La grossesse ne paraît pas à elle seule capable de provoquer l'éclosion des accidents choréiques, il faut encore un terrain prédisposé et une insuffisance des organes de défense, foie, reins, glandes à sécrétion interne. La question du terrain est prouvée par la fréquence des chorées survenant chez des femmes ayant déjà présenté des manifestations de même nature à l'époque de la puberté.

L'importance des insuffisances organiques est démontrée par l'existence d'autres manifestations de l'auto-intoxication chez les choréiques, albuminurie, insuffisance urinaire, névralgies, etc.

Ces faits doivent être bien connus pour guider la thérapeutique.

Cette affection frappe de préférence les primipares et ses premiers signes se manifestent en général vers le troisième mois de la grossesse, rarement après le sixième. Ses caractères cliniques sont très variables ; tantôt il n'y a que quelques mouvements choréiformes, tantôt au contraire les

mouvements sont désordonnés, continus, à grand tapage et s'accompagnent d'accidents graves d'ordre nerveux, comme les spasmes, ou d'ordre organique, cachexie, plaies cutanées.

La guérison ou l'amélioration pendant la grossesse peut être suivie d'une rechute au cours de l'allaitement.

La chorée menace la grossesse, qui est souvent interrompue ; mais dans la plupart des cas d'avortement ou d'accouchement prématuré, il est difficile de faire la part de responsabilité de la chorée et des autres manifestations de l'auto-intoxication, qui la compliquent presque toujours.

Traitement. — Il est nécessaire, au point de vue prophylactique, de soumettre à une thérapeutique préventive toutes les femmes enceintes, qui auront présenté antérieurement des accidents choréiques soit au moment de l'apparition de la menstruation, soit lors d'une grossesse précédente.

Le régime sera lacto-végétarien, l'intestin sera évacué tous les jours à l'aide de laxatifs :

Calomel.	0,03 centigrammes.
Extrait de belladone . . .	0,02 —

Pour une pilule n° 30.

une pilule tous les soirs en se couchant, ou

Écorce de bourdaine . . .	5 grammes.

Pour un paquet n° 30.

Faire bouillir cinq minutes dans la valeur d'une tasse à thé d'eau un de ces paquets et boire cette décoction sucrée le soir en se couchant.

Enfin pour calmer le système nerveux, on fera prendre tous les jours pendant vingt jours par mois, soit une cuillerée à dessert de :

Sirop de bromure de potassium du Codex.

soit une des pilules suivantes :

Extrait de jusquiame	2 grammes.
Extrait de valériane . . .	1 —
Valérianate de fer	3 —

Faire 40 pilules.

II. — Le traitement curatif comprend le traitement de la cause et le traitement des accidents nerveux. On ordonnera :

1° Le régime lacté absolu ;

2° Des laxatifs quotidiens aidés, si c'est nécessaire, de grands lavages de l'intestin.

Les urines seront examinées deux fois par semaine au point de vue quantitatif et qualitatif. S'il y a de l'insuffisance urinaire, on fera prendre dans la journée un litre d'eau d'Evian lactosée (40 grammes de lactose).

Le régime lacté sera remplacé par le régime lacto-végétarien, dès qu'il y aura amélioration.

Pour lutter contre les accidents nerveux, on s'adressera au chloral qu'il ne faut pas craindre de prescrire à haute dose. On donnera d'abord dans les vingt-quatre heures trois à quatre cuillerées à potage de

Sirop de chloral du Codex.

Puis on augmentera d'une cuillerée tous les deux jours jusqu'à dix cuillerées (10 grammes). Dès qu'il y a amélioration, on diminue progressivement la dose sans cependant cesser complètement ; la malade continuera à prendre 2 à 3 grammes de chloral par jour pendant plusieurs semaines après la guérison.

Dans le cas où le médicament ne peut être absorbé par la voie buccale ou n'est pas toléré par l'estomac, on aura recours à la voie rectale sous forme de lavements à garder :

Hydrate de chloral	2 grammes.
Lait bouilli tiède.	60 —

lavements qui devront être donnés lentement à l'aide d'une poire en caoutchouc ou d'une seringue.

Suivant les cas, on pourra donner trois, quatre ou cinq lavements semblables dans les vingt-quatre heures.

Pour préparer les lavements soi-même on prescrit :

Hydrate de chloral.	10 grammes.
Eau distillée	50 —

une cuillerée à café de cette solution contient 1 gramme de chloral.

L'hydrothérapie, grands bains tièdes et douches tièdes suivis de frictions sèches, rend également de grands services.

L'évacuation provoquée de l'utérus, avortement ou accouchement prématuré, n'est indiquée que si la vie de la malade est en danger, fréquence du pouls battant constamment au-dessus de 100, diminution de la quantité d'urine (au-dessous de 800 grammes), cachexie par insomnie et agitation excessive.

CIRCONCISION

La circoncision est une petite opération que le praticien doit être à même de pratiquer dans tous les milieux, soit par nécessité dans les cas où le prépuce est de longueur exagérée, surtout si son orifice est assez étroit pour gêner la miction, soit par complaisance chez les Israélites.

Matériel nécessaire :

Une pince de Kocher,
Trois pinces de Péan,
Une paire de ciseaux,
Une sonde cannelée,
Une pince à griffes,
Un bistouri,
Une aiguille fine quelconque de Reverdin ou autre,
Du catgut n° 0.
De la gaze stérilisée,
Un peu de coton hydrophile stérilisé,
De l'eau bouillie à 45°,
De la poudre de talc stérilisée au four ou du dermatol.

L'anesthésie générale au choroforme ou au chlorure d'éthyle rend des services, mais elle n'est pas indispensable ; on y renoncera si l'on n'a pas un aide médecin à sa disposition.

Combien de temps après la naissance faut-il opérer ? Il

est préférable d'attendre que l'enfant ait repris et même dépassé son poids de naissance et que sa courbe d'accroissement soit régulière.

Si l'orifice préputial très étroit est un obstacle sérieux pour la miction, on pourra ne pratiquer qu'un léger débridement au bistouri dans les heures qui suivent la naissance et remettre à plus tard la petite opération. Le nouveau-né supporte très mal des pertes sanguines même légères, il n'en n'est plus de même à trois semaines ou à un mois (chez les nourrissons normaux du moins).

Technique. — L'enfant étant couché sur une table et préparé, saisissez l'extrémité du prépuce avec la pince à griffes, tendez la verge en tirant sur la pince, déterminez la situation du gland et le sillon balano-préputial, posez une pince de Kocher sur le prépuce parallèlement à la direction du sillon balano-préputial et au ras de la pointe du gland qu'il faut soigneusement éviter de pincer. Orientez la pince de Kocher dans le sens de la longueur du corps et non en travers. Le prépuce ainsi pincé et toujours étiré, coupez franchement au bistouri toute la partie du prépuce qui dépasse le bord supérieur de la pince. Celle-ci enlevée, la peau se rétracte vers la racine de la verge, découvrant du tissu cellulaire lâche; le gland apparaît cerclé par une collerette de peau fine et rosée presque d'aspect muqueux et fréquemment adhérente au gland. Décalottez ce dernier complètement en rompant, s'il y a lieu, les faibles adhérences à la sonde cannelée en même temps que vous rétracterez bien la peau en arrière du sillon balano-préputial.

La plaie saigne peu actuellement, mais saignera bientôt si vous ne faites une hémostase soigneuse; arrosez donc la verge d'eau très chaude et vous verrez le sang sortir en trois points : 1° dans la région du frein; 2° et 3° sur la face dorsale de la verge, à droite et à gauche de la ligne médiane. On distingue nettement ces trois petites artérioles qui serpentent dans le tissu cellulaire lâche, pincez-les et liez-les au catgut.

Il ne reste plus qu'à suturer les deux lèvres de la peau par une série de points au catgut mis en collerette tout autour du gland. Enfoncez l'aiguille à 2 millimètres du bord incisé de la peau en rapport avec le gland et de la surface vers la profondeur ; chargez ensuite la peau de la verge à 2 millimètres du bord de la plaie et, cette fois, de la profondeur à la superficie.

Il faut en un mot toujours diriger votre aiguille du gland vers la racine de la verge, la peau étant beaucoup plus difficile à perforer en sens inverse. Huit à dix points au catgut suffisent amplement.

Pour le pansement, après avoir vérifié que rien ne saigne, saupoudrez largement de talc stérilisé au four ou de dermatol. Puis vous vous bornerez à isoler la verge des langes au moyen d'une compresse de gaze fixée par un cordon mis en ceinture autour de la taille, compresse qui pend comme un petit pagne au-devant des organes génitaux et que vous changerez toutes les fois qu'elle sera imbibée d'urine. Au bout de huit à dix jours, il vous suffira de poudrer au talc sans mettre de compresses de gaze, vous n'aurez pas à vous occuper des fils qui se résorbent. Le prépuce reste assez souvent œdématié pendant plusieurs semaines, puis reprend peu à peu son aspect normal.

CLAUDICATION (BASSINS VICIÉS PAR)

La boiterie, quelle qu'en soit la cause, a souvent un retentissement fâcheux sur le bassin, mais il ne faudrait pas croire que toutes les femmes qui boitent ont le bassin vicié. Pour que celui-ci soit modifié, il faut que la claudication apparaisse à une époque de la vie où il est encore malléable, c'est-à-dire avant la treizième année. Plus la boiterie est précoce et marquée, plus la viciation pelvienne est accentuée.

Ces bassins sont tous asymétriques, ils sont aplatis le

plus souvent du côté sain (bassins à type oblique ovalaire), parce que les malades s'appuient de préférence sur le membre correspondant, l'autre moitié du bassin est à peu près normale, sauf dans les cas où la boiterie a pour cause une lésion grave de l'os coxal.

Le bassin est incliné du côté malade et il est fréquemment en antéversion, il en résulte une déviation latérale et une projection en avant du promontoire.

La viciation peut être complexe si plusieurs causes, et notamment le rachitisme, ont agi simultanément sur la ceinture pelvienne.

Le diagnostic de la déformation se fait au moyen de l'exploration méthodique du pourtour du détroit supérieur et des parois de l'excavation. Comme il s'agit d'un bassin en général asymétrique, il est indispensable, si l'on veut se rendre exactement compte de la configuration respective de ses deux moitiés, de toucher successivement avec les deux mains, en mettant le moins d'intervalle possible entre les deux explorations. La patiente doit pour cet examen être placée en position obstétricale sur le bord et en travers de son lit, les jambes tenues par deux aides ou les pieds reposant sur deux chaises. On pratique le toucher en explorant avec un ou deux doigts de la main droite la moitié droite du bassin, puis, immédiatement après, la moitié gauche avec la main gauche. Une assez grande habitude est nécessaire pour percevoir l'asymétrie souvent peu accusée et il est bon de recommencer plusieurs fois l'examen avant de conclure. Il faut être avant tout méthodique dans son exploration : le doigt se porte d'abord vers le promontoire, comme s'il s'agissait d'un bassin rachitique, en ayant soin de rester bien exactement sur la ligne médiane ; si on ne le trouve pas, il ne faut pas en déduire que le bassin est normal, mais continuer l'exploration, comme nous l'indiquons plus loin.

Si on atteint l'angle sacro-vertébral, il faut d'abord s'assurer que c'est bien le vrai promontoire en recherchant à droite et à gauche les ailerons sacrés. En même temps, on

peut mesurer le diamètre promonto-sous-pubien (voir Bassins rachitiques), se rendre compte de son orientation, puis de la largeur des ailerons sacrés; leur inégalité révèle une asymétrie certaine. Enfin on se dirige en suivant le contour du détroit supérieur vers la symphyse pubienne en cherchant à graver dans son esprit la forme et le rayon de la demi-circonférence qu'il va falloir immédiatement comparer à celle du côté opposé. Comme moyen de contrôle, on pratique la même exploration en allant cette fois de la symphyse vers le promontoire et on termine en recherchant la forme de l'arc antérieur du bassin.

Cela fait, il reste encore à explorer l'excavation pelvienne et en particulier la face antérieure du sacrum et du coccyx, les épines sciatiques, l'acétabulum, les branches ischio-pubiennes.

Enfin il faut examiner le membre malade et se rendre compte des difficultés que son attitude peut parfois causer au moment de l'accouchement (ankylose en adduction par exemple).

D'une façon générale, on peut poser en principe que les boiteuses accouchent bien. Si une intervention devient nécessaire, c'est le plus souvent une opération bénigne qui est indiquée (forceps ou version) ; très rarement une opération césarienne, quand par exception on constate une disproportion flagrante entre les dimensions du bassin et celles de la tête fœtale.

Dans la pratique, les bassins viciés par claudication donnent lieu aux éventualités suivantes, rangées par ordre de complexité croissante :

1° Le travail suit son cours normal, la présentation s'engage et se dégage sans incidents ; c'est le cas le plus fréquent ;

2° La présentation chemine avec peine dans l'excavation, mais finit cependant par descendre sur le plancher périnéal. Une application de forceps est souvent nécessaire pour extraire la tête soit parce que le fœtus souffre, soit parce que la mère est épuisée par la longueur du travail. Cette éventualité se présente environ 20 fois sur 100.

3° Enfin très exceptionnellement la présentation ne s'en-

gage pas. Il faut alors chercher si elle a des chances de s'engager dans le cours ultérieur du travail sous la poussée des contractions utérines ou si, au contraire, il faut renoncer à la voir descendre dans le bassin. C'est par le palper mensurateur qu'on peut le mieux porter un pronostic exact, à la condition qu'il s'agisse d'une présentation du sommet. Voici comment il faut procéder : on cherche à engager la tête en appuyant à la fois sur ses deux extrémités frontale et occipitale, et, lorsqu'elle est ainsi fortement appliquée sur le détroit supérieur, on la fait maintenir dans cette situation par un aide et à défaut d'aide on la maintient avec une seule main, puis avec l'autre main on recherche si la bosse pariétale surplombe ou non le bord supérieur de la symphyse pubienne. Déborde-t-elle d'une façon notable, on doit porter un pronostic réservé au point de vue de la terminaison de l'accouchement par les voies naturelles et tout préparer en vue d'une opération césarienne. Déborde-t-elle peu ou pas du tout, on est en droit d'espérer son engagement au début ou au cours du travail.

Si l'on a constaté nettement l'existence d'un bassin asymétrique à type oblique ovalaire par aplatissement notable d'une des moitiés et si l'orientation du sommet est telle que l'occiput correspond au côté le plus étroit de l'excavation, il peut être indiqué, lorsque la tête ne s'engage pas à la dilatation complète et une fois les membranes rompues, de pratiquer une version par manœuvres internes. L'évolution une fois terminée, l'occiput se trouvera du côté non aplati et s'engagera ainsi plus facilement.

Dans les cas où le fœtus est mort, c'est aux opérations réductrices qu'il faut avoir recours, si l'accouchement spontané paraît impossible.

Dans tout ce qui précède nous n'avons pas parlé de l'examen du losange de Michaëlis comme moyen de diagnostic de l'asymétrie pelvienne, car dans cette variété de bassin on n'en peut tirer que des déductions incertaines et peu utilisables dans la pratique.

CODE OBSTÉTRICAL

Code civil. ART. 55. — Les déclarations de naissance seront faites dans les trois jours de l'accouchement à l'officier de l'état civil du lieu ; l'enfant lui sera présenté.

ART. 56. — La naissance de l'enfant sera déclarée par le père ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou d'autres personnes qui auront assisté à l'accouchement, et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée.

L'acte de naissance sera rédigé en présence de deux témoins.

ART. 57. — L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure et le lieu de la naissance, le sexe de l'enfant et les noms qui lui seront donnés, les prénoms, noms, profession et domicile des père et mère et ceux des témoins.

Code pénal. ART. 346. — Toute personne qui ayant assisté à un accouchement n'aura pas fait la déclaration prescrite par l'article 56 du Code civil et dans les délais fixés par l'article 55 du même code, sera punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de seize à trois cents francs.

Le délai de trois jours ne comprend pas le jour de l'accouchement.

Dans presque toutes les grandes villes et dans bien des villages il n'est pas nécessaire de présenter l'enfant à l'officier de l'état civil. Un médecin est chargé par la municipalité d'aller visiter à domicile les enfants nouveau-nés.

La déclaration n'est obligatoire pour le médecin que s'il a assisté à l'accouchement ou lorsque, arrivé après l'expulsion, il peut constater que l'enfant est encore relié au placenta par le cordon.

Cette déclaration n'incombe au médecin qu'à défaut du mari de l'accouchée. Celui-ci peut en effet être absent pour plus de trois jours, ou il peut être mort. Dans la pratique,

comme le médecin ne sait pas toujours si l'accouchée est mariée, il fera bien de passer à la mairie pour s'assurer que la déclaration a été faite.

La déclaration d'un enfant mort-né est obligatoire comme pour un enfant vivant (Décret du 3 juillet 1866), mais la jurisprudence admet qu'on ne doit la faire que pour les mort-nés après six mois révolus de gestation. Néanmoins par une circulaire de M. le Préfet de la Seine en date du 25 janvier 1882, le médecin est tenu de déclarer les fœtus âgés de six semaines.

Le médecin étant tenu au secret professionnel, si la famille a intérêt à ce que le nom du père et de la mère ne soient pas divulgués, la déclaration peut être faite en indiquant simplement le jour, l'heure, le sexe et les noms donnés à l'enfant.

COL DE L'UTÉRUS

A. — Dystocie du col.

Pour permettre l'accouchement le col doit d'abord s'effacer, puis se dilater, tout obstacle s'opposant à l'effacement et à la dilatation donne lieu à la dystocie cervicale. Nous n'étudierons dans ce chapitre que les modifications anatomiques *primitives* du col, c'est-à-dire existant avant l'accouchement, nous réservant de passer en revue à l'article Dilatation les modifications *secondaires* qui ne surviennent qu'au cours du travail. Dans les modifications primitives il faut faire rentrer l'agglutination et l'oblitération de l'orifice cervical, l'allongement hypertrophique, l'œdème et la rigidité pathologique du col.

Quant à la dystocie uniquement déterminée par un changement de position du col, nous l'avons également reportée à l'article Dilatation, car les déviations sont parfois provoquées par l'engagement du fœtus : elles entrent donc dans l'étude de la dystocie du travail.

I. — Agglutination et oblitération du col.

Cette variété de dystocie est très rare, c'est ce qui explique les erreurs de diagnostic auxquelles elle a donné lieu ; elle ne doit cependant pas être ignorée des praticiens, la reconnaître à temps, c'est éviter une intervention souvent funeste à la santé de la parturiente.

Le diagnostic, dans la variété d'obstruction du col que nous étudions, n'est et ne peut être fait qu'au cours du travail. La grossesse a ramolli le col, le travail doit l'effacer, puis dilater son orifice externe.

Nous ne parlerons pas de l'oblitération de l'orifice interne. Depaul seul en a signalé un cas ; les signes, absence d'effacement du col, toucher cervical, sont purement théoriques et nous désirons avant tout rester sur le terrain clinique.

Que va donc devenir le col, si les bords de son orifice externe sont soudés entre eux ? Deux cas se présentent : ou la tête est profondément engagée et coiffée par le segment inférieur, ou la présentation reste élevée, le segment inférieur plonge seul dans l'excavation.

Dans les deux cas les manifestations extérieures du travail ne paraissent pas modifiées, les contractions sont normales tant que l'utérus n'a pas à lutter contre l'obstacle. Dès que le col est complètement effacé, ou bien les douleurs peuvent devenir plus fréquentes, plus aiguës et le travail se prolonge, causes de fatigues pour la mère et de dangers pour la vie de l'enfant, surtout s'il se produit une véritable tétanisation de l'utérus, ou bien elles peuvent, après une phase d'exacerbation, s'atténuer, disparaître même pour réapparaître quelque temps plus tard.

Jusqu'à présent rien ne nous a permis de faire le diagnostic, le toucher vaginal va seul nous mettre sur la voie. Au début du travail il est incapable de donner le moindre renseignement sur l'oblitération cervicale ; il arrive un moment où le doigt ne sent plus de col ; la première pensée, qui se

présente à l'esprit, est que, l'effacement étant achevé, la dilatation va commencer, et on attend. Les douleurs continuent sans se modifier ou elles augmentent de fréquence et d'intensité ; après un temps plus ou moins long, une ou deux heures, on pratique de nouveau le toucher vaginal pour se rendre compte de la dilatation et on ne trouve aucun orifice.

Si la tête est très engagée, le segment inférieur, augmenté de la cavité cervicale, coiffe l'extrémité céphalique ; il peut être tellement aminci qu'il permet de sentir facilement les sutures et les fontanelles, aussi dans des cas de ce genre a-t-on pu croire à la dilatation complète.

Si la présentation n'est pas engagée ou l'est à peine, le segment inférieur et la cavité cervicale constituent une véritable coupe, qui va se laisser distendre sous l'influence de la poussée de la poche des eaux ; ses parois élastiques s'amincissent et sont refoulées dans le vagin à chaque contraction utérine ; elles pourront atteindre un tel degré de minceur qu'elles donneront au doigt explorateur la sensation d'une poche des eaux très descendue dans le vagin.

Pour faire le diagnostic positif et ne pas prendre le segment inférieur aminci et distendu pour les membranes appliquées sur la présentation ou pour une poche des eaux saillante, *en boudin*, il faut que le toucher vaginal ne se contente pas de recueillir les sensations de minceur ou de rénitence et qu'il *cherche les bords de l'orifice utérin*. Pour cela le doigt est obligé de pénétrer au fond des culs-de-sac afin de les explorer ; est-on en présence d'une poche des eaux, le doigt, qui remonte en la suivant, arrive à un certain moment sur le bord de l'orifice externe de l'utérus accolé à la paroi pelvienne. Si, au contraire, cette pseudo-poche des eaux est formée par la distension du segment inférieur et de la cavité cervicale, le doigt, qui suit le même trajet ascendant, est vite arrêté par un des culs-de-sac vaginaux ; ceux-ci sont profonds, étroits et entourent le boudin musculo-membraneux ou la présentation coiffée du tissu utérin aminci. Lorsque

le toucher vaginal ne donne pas tous les renseignements cherchés, il ne faut pas hésiter à pratiquer le toucher manuel en ayant recours, si c'est nécessaire, à l'anesthésie chloroformique.

Existe-t-il d'autres causes d'erreur? Oui, mais elles sont peu nombreuses; il faut penser à la *déviation du col* soit en arrière, la plus fréquente, soit en avant, soit latéralement, c'est l'exploration méthodique des culs-de-sac qui permet de la reconnaître. Depaul, dans un cas de déviation antérieure, crut à une oblitération du col, il créa un orifice à l'aide du bistouri au point le plus déclive, il tomba sur le placenta, et la parturiente mourut d'hémorragie. Certains cloisonnements transversaux, véritables *diaphragmes* à petite ouverture, peuvent parfois faire dévier le diagnostic.

Chaque fois par conséquent qu'on ne trouve pas le bord de l'orifice inférieur de l'utérus et qu'on constate la persistance des culs-de-sac vaginaux, on doit penser à une oblitération du col. Le diagnostic étant fait, il faut rechercher le point où se trouve l'orifice oblitéré; nous possédons pour cela deux moyens: le toucher et la vue.

Un toucher attentif permet le plus souvent de sentir au niveau du point le plus déclive un petit tubercule ou au contraire une dépression, signes que la vue peut également révéler en employant un spéculum ou deux grandes valves, au moyen desquels on peut même apercevoir un très fin pertuis. Cette recherche et cette découverte ont une grande importance, puisque c'est là qu'il va falloir agir.

Traitement. — Si la présentation est engagée, elle constitue un point d'appui utile, le doigt sera le seul instrument dont on devra se servir : c'est le moins aveugle et par conséquent le moins capable de déterminer des lésions. L'index, appliqué sur le point que l'on considère comme étant l'orifice externe du col, exerce avec la pulpe une pression en même temps qu'un léger mouvement de rotation, comme s'il voulait faire une perforation. Bientôt la résistance cède et l'orifice du col est entr'ouvert; dès ce moment on

peut considérer la partie comme gagnée. Une légère pression sur les bords de l'orifice agrandit rapidement la dilatation sur laquelle la poche des eaux intacte va commencer son travail dilatateur, la nature est donc chargée de terminer l'accouchement.

Si rien n'est engagé, il faut tenter la même manœuvre. On éprouve souvent un peu plus de difficulté à cause de l'absence du point d'appui offert par la présentation, mais avec un peu de patience on obtient le résultat désiré. Supposons cependant que, comme dans un cas qui s'est présenté à l'un de nous, le segment inférieur, fuyant sous la pression du doigt, ne permette pas de détruire les adhérences agglutinant le col, quelle technique pouvait-on appliquer? Employer les moyens les plus simples, c'est-à-dire introduire dans le vagin un spéculum ou deux valves, saisir un point du segment inférieur avec une pince de Museux pour l'empêcher de fuir et entr'ouvrir l'orifice en exécutant les mouvements de rotation et de pression avec une longue pince à pansement. Celle-ci peut également servir à agrandir l'orifice rétabli en écartant ses mors, dont la face externe lisse prend point d'appui sur les bords de l'orifice externe du col.

Lorsqu'il est nécessaire de terminer rapidement l'accouchement par suite de fatigue exagérée de la mère ou de souffrance du fœtus, on peut accélérer la dilatation par les procédés habituels : ballon de Champetier de Ribes, dilatation manuelle, etc.

N'ayant en vue que l'agglutination du col, nous passons sous silence les différentes interventions sanglantes qui ont été proposées, comme l'opération césarienne vaginale.

II. — Allongement hypertrophique du col.

Cette modification anatomique du col existe rarement à l'état isolé, elle accompagne presque toujours le prolapsus utérin (voir Prolapsus) et elle en est la conséquence. Dans

certains cas cependant il y a allongement hypertrophique sans prolapsus.

Sous l'influence de la grossesse, le col présentant ces altérations prend des proportions parfois considérables ; de forme conique ou cylindrique, sa consistance devient dure dans la profondeur et molle à la superficie ; sa longueur peut être telle que le museau de tanche apparaît à la vulve ; et cependant les culs-de-sac vaginaux ont leur profondeur normale, ce qui permet d'éliminer le prolapsus. Lorsque ce dernier existe, le col allongé et hypertrophié semble se cutaniser et il est fréquemment le siège d'ulcérations.

Cette modification n'a habituellement pas d'influence sur l'évolution de la grossesse, mais elle peut devenir une cause sérieuse de dystocie au moment du travail. L'effacement et la dilatation traînent en longueur, souvent même ils ne se produisent pas ; de là des conséquences graves pour la mère et pour le fœtus.

Traitement. — Lorsque l'allongement hypertrophique du col a été diagnostiqué au début de la grossesse, les tendances actuelles sont de pratiquer, dans les premiers mois seulement, l'amputation, qui doit porter uniquement sur la portion intra-vaginale. Cette opération devra être précédée et suivie d'injections hypodermiques de morphine pour éviter les contractions utérines et, par conséquent, l'avortement.

Reconnu plus tardivement, il faudra attendre le terme et prévoir l'opération césarienne, bien supérieure à toutes les interventions portant uniquement sur le col, dilatation manuelle ou instrumentale, incisions, etc. Si l'allongement est accompagné d'une sclérose du tissu cervical, il faudra intervenir dès le début du travail ; sinon, on peut attendre et n'agir par la voie haute que si le col ne s'efface pas ou s'il ne se dilate pas.

III. — Œdème du col.

Cette affection s'observe seulement dans les derniers mois de la grossesse ou au cours du travail, sa consistance est molle et son volume est parfois tellement considérable que le col apparaît à la vulve sous la forme d'une grosse tumeur violacée, surtout pendant les contractions.

A ce moment il peut constituer un obstacle sérieux à l'effacement et à la dilatation et être une cause de danger pour la mère et pour l'enfant.

Traitement. — Constaté dans les derniers temps de la grossesse, il y aura avantage à laisser la femme au lit et à lui ordonner des injections chaudes.

Pendant le travail il y a parfois intérêt à pratiquer sur le col avec une aiguille aseptique quelques mouchetures.

La dystocie n'est jamais aussi sérieuse que dans l'hypertrophie scléreuse, elle peut toujours être vaincue par l'application d'un ballon, par le massage et par le refoulement manuel au cours d'un accouchement spontané ou d'une extraction à l'aide du forceps.

IV. — Rigidité primitive ou pathologique du col.

Nous n'aurons en vue dans ce chapitre que la rigidité déterminée par une altération du tissu cervical préexistant à l'accouchement. Les autres variétés de rigidité, décrites par les auteurs sous les noms de rigidité anatomique et de rigidité spasmodique, n'apparaissent qu'au cours de l'accouchement, ce sont des modifications secondaires et passagères du col utérin,elles font donc partie de la dystocie du travail, aussi les décrirons-nous à l'article Dilatation.

Nombreuses sont les causes capables d'altérer la structure normale du col; nous citerons en première ligne les formations néoplasiques et en particulier le cancer, puis viennent différentes manifestations syphilitiques. A côté de ces altérations pathologiques proprement dites il faut placer les lésions

cicatricielles, conséquences soit de traumatismes anciens, déchirures cervicales lors d'un accouchement antérieur, soit d'interventions plastiques pratiquées sur le col, comme l'opération de Schroeder, soit de cautérisations au nitrate d'argent, au thermocautère, au chlorure de zinc, au caustique Filhos, etc., soit même d'ulcérations inflammatoires, métrite cervicale. L'action de la plupart des causes précédentes est en effet le plus souvent indirecte, elles ne créent de la sclérose que parce qu'elles ont été suivies de suppuration.

En ce qui concerne la rigidité d'origine néoplasique, nous renvoyons aux articles CANCER DU COL et FIBROME, où ce sujet est traité avec tout le développement qu'il comporte.

La *syphilis* peut se localiser au niveau du col à plusieurs périodes de son évolution. Qu'il s'agisse du chancre, de plaques muqueuses ou de syphilôme tertiaire, la grossesse donne à ces accidents une empreinte spéciale, caractérisée par une hypertrophie parfois considérable. La plus dangereuse de ces manifestations est la sclérose, qui envahit non seulement tout le tissu cervical, mais encore les portions sus-jacentes du segment inférieur : elle se comporte dans cet organe comme elle le fait au niveau du rectum dans le rétrécissement ano-rectal.

Le doigt, qui pratique le toucher avant ou pendant le travail, constate que le col a conservé sa forme, mais qu'il est plus ou moins modifié dans sa consistance, il est induré dans sa totalité et donne l'impression d'un tuyau rigide; la sensation éprouvée à son contact peut être encore perçue au niveau du segment inférieur de l'utérus, également envahi par l'infiltration scléreuse. Cette forme est heureusement rare, car, au point de vue dystocique, elle est la plus redoutable à cause de l'envahissement total du col. Le chancre et les plaques muqueuses au contraire ne déterminent habituellement que de la rigidité partielle, qui ne constitue pas toujours un obstacle à la dilatation.

Dans bien des cas ce n'est qu'au cours du travail que la

rigidité est diagnostiquée : malgré des contractions utérines énergiques le col ne s'efface pas complètement ou, s'il s'efface, la dilatation après avoir péniblement atteint les dimensions d'une pièce de 2 francs ou de 5 francs reste stationnaire. Les bords de l'orifice cervical sont épais et durs, souvent même l'induration va en augmentant ; la poche des eaux se rompt en effet d'une façon prématurée ou précoce dans un grand nombre de cas, la disparition de cet agent dilatateur est une cause surajoutée d'infiltration du tissu cervical, si la présentation n'est pas engagée.

Au point de vue de la marche du travail, plusieurs éventualités sont possibles : tantôt, sous l'influence de contractions utérines énergiques, la présentation fœtale l'emporte sur la résistance du col, elle finit par la vaincre après un temps plus ou moins long en déterminant une dilatation suffisante aux dépens des tissus sains ou en faisant éclater le col en différents points. Tantôt la présentation entraîne le col et le déchire circulairement. Tantôt enfin le tissu cervical résiste, le segment inférieur obligé de loger le fœtus chassé par le corps utérin, se distend et éclate (rupture utérine).

Dans d'autres cas au contraire les contractions se ralentissent par suite d'épuisement de la parturiente, le travail traîne en longueur, la cavité ovulaire s'infecte, le fœtus meurt et la putréfaction fœtale ne tarde pas à se manifester, accompagnée de son cortège à grand fracas, frissons intenses, élévation souvent considérable de température, rapidité du pouls, fétidité extrême de l'écoulement vulvaire, tympanisme abdominal et physométrie. La femme meurt à son tour, si on n'est pas intervenu à temps.

Le pronostic de la rigidité pathologique est donc grave à la fois pour la mère et pour l'enfant, si elle n'a pas été reconnue et traitée d'une façon rationnelle.

Traitement. — Le traitement *préventif* ne peut s'appliquer qu'aux lésions syphilitiques reconnues pendant la grossesse. Dès qu'elles sont diagnostiquées, il faut aussitôt

mettre en œuvre le traitement intensif de la syphilis ; on s'adressera aux injections sous-cutanées de sels solubles de mercure (voir SYPHILIS), s'il s'agit d'accidents primitifs ou secondaires, chancre et plaques muqueuses ; dans le cas de syphilome on prescrira le mercure et l'iodure sous forme de sirop de Gibert ou de toute autre solution du même genre.

Pendant le travail, dès qu'on aura reconnu la rigidité, il faudra surveiller avec soin non seulement l'état du col, mais encore la forme et la consistance de l'utérus lui-même, car il ne faut pas oublier que la rupture utérine est une complication possible de cette variété de dystocie. Or cet accident peut presque toujours être prévu et par cela même évité.

La conduite consistera donc à pratiquer des injections chaudes et antiseptiques toutes les deux heures environ (surtout si les membranes sont rompues), à donner du chloroforme dans le cas où les contractions prennent une fréquence et une intensité anormales et enfin à tout préparer en vue d'une intervention sanglante, qui peut devenir nécessaire d'un moment à l'autre.

I. — *La dilatation reste stationnaire* mais il n'y a *aucune indication pour terminer l'accouchement*. Il faut dans ce cas recourir à la *dilatation artificielle du col* à l'aide d'un ballon de Champetier de Ribes ou de Boissard. Bien que ce moyen ne soit pas toujours exempt de danger, il est cependant préférable à la dilatation instrumentale, dilatateur de Tarnier (qui est, du reste, beaucoup plus un excitateur qu'un dilatateur) ou dilatateur de Bossi, et à la dilatation manuelle.

II. — *Y a-t-il au contraire une indication pressante de terminer l'accouchement*, fatigue de la mère, souffrance du fœtus, mort de ce dernier, craintes de putréfaction :

1° Si la dilatation est supérieure à 5 francs, on peut recourir à des incisions multiples ayant 1 centimètre environ de longueur, qu'on pratique au nombre de 6 à 10 sur toute la périphérie du col, ou à deux incisions latérales remontant jusqu'au cul-de-sac vaginal, on termine ensuite l'accouche-

ment par une application de forceps, par une version ou par une embryotomie suivant les conditions obstétricales (engagement ou non, fœtus vivant ou mort), et on répare le traumatisme cervical;

2° Si la dilatation est égale ou inférieure à 5 francs ou s'il existe des menaces de rupture utérine, c'est à la *césarienne* qu'il faut s'adresser; on pratiquera ensuite l'hystérectomie suivant les circonstances (infection de l'œuf, putréfaction fœtale).

B. — Traumatismes du col.

Les traumatismes cervicaux déterminés par l'expulsion du fœtus sont très fréquents, ils sont presque la règle chez les primipares. Ils se présentent sous deux aspects bien différents : tantôt ce sont des déchirures longitudinales, c'est-à-dire parallèles au grand axe du canal cervical, tantôt, mais plus rarement, ce sont des déchirures transversales. C'est dans cette catégorie qu'il faut ranger les arrachements du museau de tanche.

Leur étendue est variable, parfois il n'existe qu'une simple encoche, parfois au contraire toute la portion vaginale du col est intéressée ; la solution de continuité peut remonter plus haut encore et s'étendre jusque sur la région sus-vaginale et même sur le segment inférieur de l'utérus.

Deux conditions sont nécessaires pour déterminer ces déchirures, il faut d'une part que le col ne soit pas complètement dilaté, et d'autre part qu'une force soit suffisante pour expulser ou entraîner le fœtus en triomphant de la résistance du tissu cervical. Les nombreuses interventions faites dans le but de terminer l'accouchement, extraction manuelle ou instrumentale, sont les causes les plus fréquentes de ces traumatismes, surtout lorsqu'on commet la faute de les pratiquer avant la dilatation complète.

Quant aux causes prédisposantes, elles sont multiples. Nous citerons la rupture prématurée des membranes, les différentes altérations du tissu cervical, rigidité secondaire

ou infiltration séro-sanguine, rigidité syphilitique, dégénérescences fibreuse et cancéreuse, modifications cicatricielles, les dilatations artificielles du col, manuelles ou instrumentales, etc.

Dans la plupart des cas, la déchirure du col utérin passe inaperçue et ce n'est que longtemps après l'accouchement qu'on la reconnaît soit au cours d'un toucher vaginal, soit au cours d'un examen au spéculum. Dans d'autres cas, c'est pendant la période des suites de couches que l'attention est attirée par des phénomènes fébriles dont on recherche la cause. On explore méthodiquement les organes génitaux depuis la vulve jusqu'à l'utérus, et on constate par le toucher et par la vue une ou plusieurs solutions de continuité sur le museau de tanche. Enfin, mais bien plus rarement, on peut être amené à rechercher la rupture cervicale immédiatement après l'expulsion du fœtus, s'il existe une hémorragie abondante ou tenace. La palpation de l'utérus permet d'éliminer cet organe comme source du sang liquide et rouge, qui sort de la vulve souvent en nappe, quelquefois en jets saccadés, cet utérus étant dur et bien rétracté. On fait le toucher et on sent au niveau du col plusieurs lambeaux mous, qui pendent dans le vagin ; on doit alors compléter cet examen par l'emploi du spéculum ou des valves. On aperçoit, après avoir tamponné le sang qui baigne tout le fond du vagin, une ou plusieurs déchirures au niveau des parties latérales du col tuméfié. Il est alors facile d'apprécier l'étendue du traumatisme et de se rendre compte de l'origine de l'écoulement sanguin. Le col, saisi avec de longues pinces à griffes, peut être abaissé et amené jusqu'à la vulve pour permettre de mieux juger l'importance des lésions. Cette manœuvre nécessite une grande douceur, car le tissu cervical très friable se laisse déchirer avec beaucoup de facilité.

Dans certaines circonstances, il est possible de soupçonner la déchirure dès sa production lorsque, par exemple, la présentation, longtemps retenue par un col insuffisamment

dilaté, apparaît tout à coup à la vulve, souvent après une forte douleur, ou encore lorsqu'au cours d'une extraction, tête première ou tête dernière, une résistance tenant au col cède brusquement. On cite enfin des cas où la femme a accusé dans ces conditions une douleur aiguë. Duparcque rapporte que pendant un accouchement laborieux la parturiente s'écria : « Vous m'arrachez » ; après la délivrance il examina la femme et découvrit une déchirure au niveau de la commissure droite.

En règle générale il est prudent de vérifier systématiquement l'état du col après toute intervention obstétricale, surtout lorsque la dilatation n'était pas complète au moment où elle a été pratiquée.

Il ne suffit pas de faire le diagnostic de déchirure du col, il faut aussi chercher à se rendre compte de son étendue et de ses irradiations ; il n'est pas rare, en effet, de voir la solution de continuité avoir pour point de départ le museau de tanche et s'étendre ensuite tantôt dans la portion sus-vaginale du col et même jusque dans le segment inférieur de l'utérus, tantôt du côté du vagin, le plus souvent dans un des culs-de-sac latéraux. Enfin la déchirure du col peut ne constituer qu'une lésion de peu d'importance à côté des délabrements considérables qui l'accompagnent, déchirure de la vessie, effondrement du vagin, ouverture de la base du ligament large, etc.

Les traumatismes cervicaux caractérisés par de véritables pertes de substances, une portion de col se détachant et flottant dans le vagin ou arrachement circulaire du museau de tanche tout entier, sont le plus souvent précédés de symptômes qui pouvaient les faire prévoir. On ne rencontre cette variété de déchirures que dans les cas déjà signalés de rigidité du col, soit de rigidité secondaire par œdème de tout le tissu cervical à la suite de rupture prématurée des membranes, soit de rigidité pathologique, cicatricielle ou cancéreuse. Les contractions utérines persistent, mais la dilatation ne progresse pas, et à un certain moment la calotte

cervicale se détache en totalité ou en partie, permettant enfin la descente de la présentation fœtale et la terminaison de l'accouchement. Lorsqu'il y a arrachement circulaire, on voit le fragment cervical précéder l'apparition de la tête fœtale à la vulve; il se présente sous la forme d'un lambeau qui peut avoir les dimensions d'une petite paume de main avec une ouverture plus ou moins circulaire à sa partie médiane ; son épaisseur est variable : elle peut atteindre quelques millimètres, trois à cinq en moyenne, quelquefois plus, si le col était le siège d'un néoplasme.

Le toucher vaginal pratiqué après l'expulsion du fœtus permet de sentir que le vagin se continue directement avec la cavité utérine; on ne retrouve plus les lèvres mollasses du col, qui pendent normalement dans le conduit vaginal. Si l'arrachement n'est que partiel, on arrive au contraire sur un lambeau mou et flottant rattaché à l'utérus par un pédicule plus ou moins large et donnant la sensation d'un véritable polype muqueux infiltré. L'examen visuel au moyen du spéculum ou des valves doit compléter le diagnostic fait par le toucher : il montre au fond du vagin soit une plaie circulaire saignante, soit un vaste lambeau violacé ou noirâtre de forme indéterminée qu'on peut saisir avec des pinces pour en étudier les connexions. Il n'est pas rare, dant cette variété de traumatisme, d'assister à une hémorragie plus ou moins abondante, le plus souvent peu considérable mais persistante; aucun gros vaisseau n'est intéressé, mais la plaie saigne en nappe, ce qui rend l'examen visuel très difficile.

Il n'est pas exagéré de dire qu'en pratique la plupart des déchirures du col passent inaperçues et que par conséquent elles ne sont soumises à aucun traitement. Si les suites de couches sont normales, les lèvres de la plaie se réunissent le plus souvent en partie sans donner naissance à du tissu cicatriciel, il ne restera de cette déchirure qu'une encoche plus ou moins profonde siégeant d'ordinaire au niveau de la commissure gauche. Dans le cas de déchirure double, le

col est alors constitué par deux valves qu'on rencontre assez fréquemment chez les grandes multipares.

Dans d'autres cas, la plaie créée par le traumatisme s'infecte dans les jours qui suivent l'accouchement ; elle se recouvre d'une fausse membrane grisâtre dans laquelle on trouve des streptocoques en grande quantité quand on l'examine au microscope. Le col est très riche en vaisseaux lymphatiques qui aboutissent aux ganglions du paramétrium, aussi cette infection cervicale est-elle souvent l'origine des accidents fébriles des suites de couches ; il suffit alors de traiter cette plaie antiseptiquement pour voir rétrocéder la fièvre et tous les accidents. Si, au contraire, ce traitement n'est pas appliqué rapidement, le paramétrium est envahi et on assiste à la formation de noyaux d'induration ou même de véritables foyers de suppuration sur les bords utérins. La réparation de la plaie cervicale est longue et elle ne se fait qu'en donnant naissance à du tissu cicatriciel qui peut remonter très haut dans le col. On peut s'en rendre compte plus tard en faisant un toucher avec deux doigts, l'un introduit dans le canal cervical, l'autre déprimant le cul-de-sac du vagin voisin de la déchirure, on est frappé de l'amincissement du tissu utérin au niveau du bord de la portion sus-vaginale du col. Ces cicatrices anciennes sont considérées comme les causes les plus fréquentes des ruptures utérines proprement dites au cours d'accouchements postérieurs.

Enfin, il n'est pas rare de sentir des brides fibreuses partir de l'angle supérieur de l'encoche cervicale et se porter vers la voûte du vagin au niveau de laquelle elles se perdent. Elles sont parfois une cause de déviation du col.

Nous laissons de côté toutes les conséquences pathologiques tardives des traumatismes cervicaux : cervicite, sclérose du col, ectropion, etc., ce sont là autant d'affections qui apparaissent longtemps après l'accouchement, elles se manifestent par des symptômes spéciaux qui rentrent dans le domaine de la gynécologie.

Le pronostic immédiat des déchirures du col dépend de l'abondance de l'hémorragie, des précautions antiseptiques prises pendant les suites de couches, de l'importance du traumatisme, déchirure simple ou multiple, extension à la portion sus-cervicale du col, lésion de la vessie et du ligament large.

Le pronostic tardif repose sur la façon dont s'est faite la réparation ; les lèvres de la plaie peuvent rester isolées, d'où modifications histologiques de la muqueuse cervicale, ectropion, endo-cervicite; la cicatrisation peut se faire vicieusement et être le point de départ d'une sténose du col, elle peut aussi donner naissance à du tissu fibreux, non élastique, qui sera souvent une cause de dystocie lors d'un accouchement ultérieur et qui devra faire craindre une rupture du corps utérin.

Traitement. — Le traitement *prophylactique* des traumatismes cervicaux consiste surtout à surveiller de très près le travail : ne pas rompre la poche des eaux avant la dilatation complète, ne pas faire pousser la parturiente avant la disparition totale du bourrelet cervical, modérer les contractions utérines en ayant recours à un anesthésique si elles sont trop énergiques ou trop rapprochées, empêcher les efforts prématurés d'expulsion, et surtout éviter toutes les interventions et particulièrement la version et l'application de forceps tant qu'il existe encore du col.

La déchirure une fois produite, il faut parer à ses complications immédiates dont la plus importante est l'hémorragie. Après s'être assuré que le sang ne vient pas de l'utérus, dont le volume et la consistance sont normaux, ni des organes génitaux externes, périnée et vulve, dont il est facile de passer l'inspection, on fait une injection vaginale profonde avec un liquide antiseptique à 48 ou 50 degrés centigrades. Ce moyen hémostatique ne réussit que s'il y a hémorragie en nappe : il devient insuffisant si un ou plusieurs vaisseaux importants sont déchirés et si l'écoulement sanguin est abondant. Il est alors nécessaire d'agir directe-

ment sur la plaie cervicale ; le moyen le plus sûr et en même temps le plus rationnel consiste à la suturer ; nous verrons plus loin le procédé de choix.

Le praticien n'a pas toujours sous la main l'outillage nécessaire pour pratiquer la suture immédiate ; aussi devons-nous exposer les méthodes d'hémostase rapide, mais celles-ci ne doivent être considérées que comme des moyens d'attente. Nous rejetons comme illusoire le traitement préconisé par Fritsch, traitement qui consiste à rapprocher les jambes de la femme après la délivrance de manière à fermer la vulve, à relever le siège, à faire garder un repos absolu, à frictionner légèrement l'abdomen pour exciter les contractions utérines et à surveiller attentivement le pouls ; l'hémorragie s'arrêterait grâce à la formation de caillots qui tamponneraient le vagin. Nous en dirons autant de l'emploi des ballons de Barnes, de Champetier de Ribes, de Delore de Lyon ; ils n'agissent pas directement sur les vaisseaux qui saignent, ils se contentent d'empêcher le sang de s'écouler au dehors.

Beaucoup plus rationnelle est l'application d'une ou de plusieurs pinces sur les vaisseaux ouverts, pinces qu'on laissera à demeure pendant douze heures environ, mais les pinces ont l'inconvénient de mortifier les tissus sur lesquels elles sont appliquées.

Le procédé d'attente le meilleur est le tamponnement, qui agit par compression directe ; on emploie une gaze antiseptique quelconque ou de préférence de la gaze stérilisée en bandes ; on commence par l'introduire dans le conduit cervico-utérin, puis on bourre le cul-de-sac du vagin voisin de la déchirure ; la plaie cervicale est ainsi comprimée entre les deux tampons et l'hémostase se trouve assurée. La gaze sera enlevée avec beaucoup de précautions au bout de vingt-quatre heures ; on fait alors une injection vaginale avec un liquide antiseptique tiède. On aura soin d'élever très peu la douche à injection pour éviter une trop forte pression ; le liquide doit couler dans le vagin en

bavant, on évite ainsi de détacher les caillots obturant les bouches vasculaires, qui, la veille, étaient le point de départ de l'hémorragie.

Si on n'a pas sous la main la gaze nécessaire pour faire le tamponnement, on peut avoir recours au procédé de Breisky : « La source de l'hémorragie étant reconnue ou soupçonnée, on introduit dans le cul-de-sac vaginal les derniers doigts de la main gauche, la main dirigée en haut. Tandis que les doigts soulèvent la lèvre inférieure du col et la poussent fortement vers la symphyse, c'est-à-dire contre la lèvre supérieure, l'autre main, restée extérieure, saisit le globe utérin et l'infléchit en sens inverse de manière à produire une antéflexion et un tassement forcé du corps sur le col. Par le fait de cette action combinée, les surfaces dénudées, créées par le traumatisme, sont remises en contact et subissent une pression extérieure qui assure l'hémostase par rapprochement énergique des points désunis. » Cette coaptation sera maintenue pendant une dizaine de minutes, puis les mains seront retirées avec précaution.

Le meilleur traitement des déchirures du col est la suture immédiate, dont les avantages sont multiples ; elle arrête les hémorragies, elle prévient les accidents infectieux en faisant disparaître des plaies exposées à la pénétration des micro-organismes, elle redonne au col sa forme normale et par conséquent met l'accouchée à l'abri de l'endo-cervicite et de l'ectropion. Son manuel opératoire est simple, il suffit d'avoir toujours dans son arsenal obstétrical un porte-aiguilles quelconque et quelques grandes aiguilles courbes, qui servent aussi pour réparer les plaies périnéales. A leur défaut, l'aiguille courbe de A. Reverdin, les aiguilles de Hagedorn, etc., peuvent être employées. Comme fils à ligature, il est préférable de se servir de catgut moyen, qu'on n'aura pas à enlever, mais on peut aussi avoir recours à la soie plate ou même aux crins de Florence de gros calibre qu'on retirera au bout de huit à dix jours.

Pour pratiquer la suture sans aides, on se sert du spécu-

lum de Collin, on saisit les lèvres antérieure et postérieure du col avec de longues pinces à griffe et on les baisse avec beaucoup de douceur vers l'orifice vulvaire. On examine attentivement le traumatisme pour en apprécier l'étendue et pour se rendre compte de l'état des bords de la solution de continuité, qu'on régularise au besoin. Si celle-ci siège sur le côté gauche du museau de tanche, on attire ce dernier vers la droite de la femme, afin d'avoir sous les yeux la totalité de la déchirure, on applique un premier fil au niveau de l'angle supérieur, en enfonçant l'aiguille d'abord dans la lèvre postérieure, puis dans la lèvre antérieure, on noue immédiatement en serrant légèrement pour avoir une simple coaptation. Un deuxième fil sera placé un centimètre plus bas, et ainsi de suite jusqu'au bord qui limite l'orifice externe du col. Ce n'est qu'à ce moment qu'on sectionnera tous les fils.

Lorsque la déchirure remonte jusqu'au cul-de-sac vaginal qu'il peut même dépasser, on place le premier fil à l'union du vagin avec le col.

Les déchirures multiples seront réparées de la même façon, en faisant ensuite à droite ce que nous venons d'indiquer pour le côté gauche.

L'opération terminée, on applique avec un tampon monté un peu de poudre d'iodoforme sur les plaies suturées, puis on introduit dans le canal cervical une mèche de gaze iodoformée destinée à assurer le drainage de la cavité utérine ; le vagin est, lui aussi, rempli légèrement de la même gaze. Ce pansement sera changé au bout de vingt-quatre heures, et à partir de ce moment on commence les injections vaginales tièdes et fréquentes données sans pression.

Lorsque la période des suites de couches est terminée, on pratique un examen du col au moyen du spéculum et on se rend compte du résultat obtenu. Quelques fils de catgut pourront ne pas être résorbés ; il sera prudent de les enlever.

COLIQUES HÉPATIQUES PUERPÉRALES

Les coliques hépatiques, comprises suivant les théories modernes, sont constituées par toute crise douloureuse ayant son origine dans le foie, dans la vésicule biliaire et même dans le péritoine péri-hépatique. Quoique rares elles peuvent être déterminées par la puerpéralité, cause constante de surmenage pour le foie et source fréquente de colibacillose.

La première crise de coliques hépatiques chez la femme n'éclate bien souvent qu'à propos d'une grossesse et ordinairement de la première; tantôt il n'y a qu'une seule atteinte, tantôt il y a récidive mais uniquement au cours des grossesses ultérieures; tantôt enfin apparues pour la première fois pendant la puerpéralité, les crises se manifestent également en dehors d'elle.

Dans les deux tiers des cas, c'est après l'accouchement qu'elles font leur apparition à une date variant de quelques jours à un mois.

Bien souvent l'accès véritable explique la nature de certains malaises qui l'ont précédé et qui ont été considérés comme d'origine gravidique, il en est ainsi par exemple des douleurs localisées à la région épigastrique mises sur le compte des troubles gastriques qui accompagnent souvent la grossesse.

La crise est caractérisée par une douleur aiguë et brusque qui apparaît trois ou quatre heures après un repas dans l'hypocondre droit avec irradiations vers l'épaule droite, vers le creux épigastrique et vers l'ombilic.

La douleur est telle à certains moments que la malade se plie en deux, s'agite, crie et cherche une position qui la soulage ; elle est alors accompagnée de vomissements alimentaires et bilieux et parfois de hoquets.

Elle n'est pas continue ; aux douleurs aiguës succèdent des périodes d'accalmie plus ou moins longues, mais l'accès

peut durer huit à douze heures, il cesse brusquement ou s'atténue peu à peu.

Si l'on examine la femme en dehors d'une crise, on constate par le palper que le maximum d'intensité de la douleur siège dans l'hypochondre droit au niveau du point d'intersection du muscle grand droit avec la dixième côte droite.

L'accentuation du pouls, l'élévation de température à 39° et 40°, les frissons n'existent que dans les cas de coliques hépatiques d'origine coli-bacillaire, le foie est alors plus volumineux et douloureux. Dans les coliques hépatiques d'origine lithiasique, l'ictère apparaît d'ordinaire plus ou moins foncé dans la journée qui suit, il s'accompagne habituellement de décoloration des matières fécales et d'émission d'urines foncées.

Parfois les coliques hépatiques se présentent sous une forme moins accusée, la douleur est plus sourde, plus généralisée, c'est plutôt un endolorissement de la région hépatique. Cette forme, qui est accompagnée d'une teinte ictérique des téguments, serait due à un épaississement de la bile, qui a de la peine à s'écouler dans l'intestin.

L'accès de colique hépatique n'a d'ordinaire aucune influence sur l'évolution de la grossesse; son pronostic n'acquiert une certaine gravité que si la crise douloureuse est compliquée d'*ictère* (voir ce mot).

En présence d'une douleur aiguë apparaissant sous forme d'accès et siégeant dans la moitié droite de l'abdomen, il faut aussitôt penser chez la femme enceinte à l'*appendicite*, à la *pyélonéphrite,* à la *colique néphrétique* et à la *colique hépatique.* C'est en analysant soigneusement la nature de la douleur, son point d'élection, ses irradiations et les différents symptômes qui l'accompagnent ou qui la suivent, qu'on peut poser un diagnostic que le temps et l'évolution se chargent de vérifier.

Traitement. — Au point de vue prophylactique, il faut soumettre toute femme enceinte ayant eu antérieure-

ment à la grossesse des troubles hépatiques au régime lacto-végétarien et lui recommander de veiller au fonctionnement régulier de son intestin. Elle prendra tous les soirs ou tous les deux soirs en se couchant une des pilules suivantes :

Calomel	0,30 centigrammes.
Extrait de belladone	0,20 —
Poudre de scammonée . . .	0,30 —

Pour 10 pilules.

ou une ou deux fois par semaine un des paquets qui suivent :

Calomel	0,30 centigrammes.
Lactose	1 gramme.

Pour un paquet.

Les urines seront examinées fréquemment au point de vue quantitatif et qualitatif.

Pendant la crise, on calmera la douleur soit à l'aide d'un grand bain chaud, soit en appliquant une vessie de glace sur la région hépatique, soit en faisant une injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'un solution de morphine à 1 p. 100.

Chlorhydrate de morphine . .	0,10 centigrammes.
Eau distillée.	10 grammes.

Si l'accès est léger, il peut être calmé par l'antipyrine, une cuillerée à dessert toutes les heures de la potion suivante :

Antipyrine	2 grammes.
Sirop de menthe	20 —
Eau distillée	100 —

ou par le chloral, une cuillerée à dessert toutes les trois heures de sirop de chloral du Codex.

Le traitement de la lithiase est difficilement applicable pendant la grossesse ; l'huile et la glycérine prises par la voie buccale entraînent rapidement le dégoût et la cure thermale ne peut pas être suivie intégralement, aussi est-il préférable de la faire à domicile à l'aide des eaux de Vichy, Vals ou Royat.

L'allaitement n'est pas contre-indiqué, mais il devra être interrompu si les accès se répétaient sous l'influence de la lactation.

CONSTIPATION

La constipation, dont la fréquence dans le sexe féminin est bien connue, est très souvent augmentée par la grossesse. Elle peut être le point de départ de troubles généraux et de complications locales, aussi doit-elle toujours être recherchée à toutes les époques de la gestation.

Nous sommes persuadés qu'un grand nombre de troubles gastriques, qui accompagnent le début de la grossesse et qui sont considérés comme des signes dits sympathiques, sont en grande partie sous la dépendance de la constipation. Ses conséquences sont multiples, elle provoque la résorption des toxines intestinales qui, transportées par la circulation dans tout l'organisme, agissent spécialement sur le système nerveux et déterminent l'état nauséeux, les vomissements, les dégoûts, l'inappétence, si fréquemment observés dans les premiers mois et même pendant toute la durée de la grossesse.

D'autre part, la stase des matières fécales dans le gros intestin augmente le nombre et la virulence des micro-organismes et particulièrement du coli-bacille, hôte normal de l'intestin dans lequel il vit à l'état de saprophyte. Aussi a-t-on vu de véritables septicémies survenir au cours de la puerpéralité, tantôt pendant la grossesse, tantôt après l'accouchement ; le coli-bacille virulent peut en effet franchir les parois de l'intestin et pénétrer dans les vaisseaux sanguins et quelquefois même dans les vaisseaux lymphatiques. S'ils restent dans la circulation, ils donneront naissance à une septicémie généralisée ; viennent-ils au contraire à se fixer sur un organe, ils déterminent des affections locales. Ce sont habituellement sur les organes de l'abdomen, modifiés

par la gravidité, qu'ils se greffent, et plus spécialement au niveau des voies urinaires et du foie, que la grossesse transforme en lieu de moindre résistance. Aussi est-il permis de croire que certains troubles considérés comme gravidiques sont dus en réalité à des agents microbiens ou à leurs toxines venues de l'intestin.

La constipation se rencontre surtout chez la femme de la classe aisée. Elle s'installe avec d'autant plus de facilité et devient d'autant plus opiniâtre que le préjugé de croire aux dangers des laxatifs et des lavements pendant la grossesse est fort répandu.

Cette dernière prédispose à la constipation par le manque d'exercice auquel beaucoup de femmes se croient obligées de se soumettre, par la compression que l'utérus gravide retenu dans le petit bassin d'abord, la tête fœtale ensuite exercent sur le rectum, enfin souvent aussi par le peu de nourriture absorbé; dans ce cas, la constipation est à la fois cause et effet. Le plus souvent la grossesse ne fait qu'exagérer la constipation, dans certains cas cependant c'est elle qui lui donne naissance.

A part quelques rares exceptions, elle peut donc être considérée comme constante ; un certain nombre de femmes croient en effet avoir un fonctionnement intestinal régulier, alors qu'en réalité il n'y a chez elles qu'une expulsion du trop-plein, *elles vont à la garde-robe par regorgement*. C'est ce qui explique ces diarrhées trompeuses fréquentes chez les constipées, il ne s'agit pas toujours de débâcles, qui peuvent certainement exister, mais d'irritation de la muqueuse intestinale accompagnée souvent de sécrétions glandulaires et même de desquamation. L'entérite muco-membraneuse est précisément dépistée lorsqu'on se donne la peine de la rechercher ; elle peut être produite, réveillée ou aggravée par la grossesse.

Les troubles généraux provoqués par la constipation sont nombreux. Nous citerons parmi les plus fréquents les vomissements, l'anorexie, la céphalalgie, certaines derma-

toses, l'albuminurie, la pyélonéphrite, l'ictère. Quant aux troubles locaux, ce sont les hémorroïdes, les hémorragies utérines et l'avortement qui en sont la conséquence fréquente.

Traitement. — Aussi doit-on attirer l'attention de toute femme enceinte sur les dangers de la constipation et lui indiquer quelques laxatifs dont elle devra faire usage. Il ne faudra pas seulement les lui ordonner en cas de non-fonctionnement de l'intestin, mais encore lui conseiller d'y avoir recours une fois par semaine, lorsque les évacuations sont normales en apparence. C'est le seul moyen de déterminer un *ramonage complet* de tout le tube intestinal et d'éviter les évacuations par regorgement.

Malgré le discrédit qu'on a voulu jeter ces temps derniers sur les laxatifs, l'abus de ceux-ci nous paraît présenter moins de dangers que « l'abus » de la constipation chez la femme gravide.

Les laxatifs sont trop nombreux pour que nous puissions même citer les principaux ; il faut surtout s'adresser à ceux que la femme peut prendre sans difficultés et sans dégoût. S'agit-il d'une femme ayant des vomissements qui se produisent habituellement le matin, le médicament sera pris le soir au repas ou avant de se coucher ; ce seront des pilules :

Calomel	0,03	centigr.
Extrait de beladone.	0,02	—

des comprimés ; des cachets :

Poudre de cascara sagrada	0,25	—

des tisanes :

Écorce de bourdaine.	3	grammes

qu'on fera bouillir pendant cinq minutes, cette décoction sera prise sucrée avant de se coucher.

Des poudres :

Poudre laxative du Codex . . . . . 150 grammes

une cuillère à café dans un demi-verre d'eau qu'on boira le soir.

Si l'usage des laxatifs doit être répété, il faudra insister sur la nécessité d'en avoir plusieurs à sa disposition et de changer souvent pour éviter l'accoutumance et pour ne pas être obligé d'augmenter les doses.

Enfin dans un grand nombre de cas il faut en même temps que les laxatifs prescrire des lavements ou des suppositoires afin de stimuler les garde-robes. Ceux-ci seront pris ou placés le lendemain du jour où le laxatif aura été absorbé et toujours à la même heure, pour habituer l'intestin à fonctionner régulièrement. Pour les lavements, il faudra avoir la précaution de conseiller le bock et la canule longue en caoutchouc souple, car les canules rigides peuvent déterminer des traumatismes, lorsque l'utérus rétroversé comprime le rectum.

De la constipation pendant les suites de couches. — Jusqu'ici nous n'avons envisagé la constipation qu'au cours de la grossesse ; après l'accouchement, elle est encore plus fréquente et plus grave à cause des accidents qu'elle peut déterminer.

Sa fréquence tient non seulement aux causes déjà énumérées, mais encore au repos, auquel sont soumises les nouvelles accouchées, et aux traumatismes subis par l'intestin pendant le travail. Il n'est pas rare après un accouchement laborieux de constater un ballonnement plus ou moins considérable du ventre dû à une véritable parésie intestinale ; dans ce cas, il existe presque toujours une constipation opiniâtre contre laquelle il faut lutter.

Sa gravité tient aux accidents stercorémiques qui peuvent éclater pendant le post-partum et faire croire à des phénomènes infectieux de source génitale, erreur de diagnostic entraînant avec elle une erreur de thérapeutique, toujours

inutile et souvent dangereuse. Mais ce ne sont pas là les seules conséquences de la constipation, celle-ci peut être le point de départ d'une véritable infection utérine; les infections puerpérales à coli-bacilles ont été en effet nettement différenciées par les méthodes de laboratoire.

Aussi pour toutes ces raisons, le fonctionnement de l'intestin doit-il préoccuper le praticien pendant la première semaine. Dès le lendemain de l'accouchement, il faut prescrire un laxatif, soit un cachet de 0 gr. 25 de cascara sagrada, soit une cuillerée à café de poudre laxative ou de magnésie, etc., qui sera pris le soir et dont l'action sera aidée le jour suivant par l'administration d'un grand lavement. Notre conduite est habituellement la suivante : donner chaque matin un lavement ; si le résultat obtenu est insuffisant, prescrire un laxatif le même soir.

Pour éviter l'irritation de la muqueuse intestinale, nous conseillons de préparer ainsi le lavement : faire bouillir pendant vingt minutes dans un litre et demi d'eau une poignée de racines de guimauve, filtrer, laisser refroidir et ajouter deux à trois cuillerées à potage d'huile d'olives.

Ce lavement sera donné tiède et lentement avec un bock (mais pas celui qui sert aux injections) et une longue canule en caoutchouc souple, la femme étant couchée sur le côté droit.

La glycérine doit être évitée à cause des contractions intestinales qu'elle provoque; nous l'avons vue dans deux cas déterminer de véritables crises de rectite avec hémorragie.

Nous n'admettons aucune contre-indication au fonctionnement précoce de l'intestin. Il est un usage encore fort répandu qui consiste à constiper les femmes chez lesquelles on a pratiqué une suture périnéale ; cette méthode est dangereuse non seulement pour l'état général, par suite des accidents qui peuvent survenir, mais encore pour les résultats opératoires.

En provoquant chaque jour des selles liquides grâce à

l'usage des laxatifs et des lavements, le périnée ne courra pas les risques auquel il est exposé lorsqu'on fait fonctionner l'intestin après cinq à six jours de constipation. Il n'est pas rare à ce moment de le voir éclater sous l'influence de la distension que provoque l'énorme bol fécal expulsé. L'infection de la plaie qu'on redoute ne se produira pas, si l'on prend la précaution après chaque évacuation de l'irriguer soigneusement avec un liquide antiseptique et de la recouvrir ensuite d'une poudre isolante, aniodol, dermatol, salol. C'est la méthode que nous avons suivie dans plusieurs cas de déchirure du périnée, accompagnée de déchirures de la cloison rectale, elle a toujours été couronnée de succès.

CONSULTATION DE NOURRISSONS

La question des consultations de nourrissons est très à l'ordre de jour, les journaux médicaux font connaître à chaque instant les heureux résultats donnés par la création de ces consultations spéciales; grâce à elles, la mortalité infantile a été beaucoup abaissée dans tous les centres où elles ont été établies. Leur but est surtout de transformer les femmes en mères sachant élever leurs enfants. Pour se rendre compte des progrès réalisés par leur fonctionnement, nous renvoyons le lecteur, que cette question intéresse, à l'excellente monographie de M. Maygrier (*Les consultations de nourrissons,* dans la collection des *Monographies cliniques*) et à la communication à l'Académie de Médecine du professeur Budin, reproduite dans l'*Obstétrique* (numéro de juillet 1906). C'est en nous servant de ces deux publications que nous allons résumer la manière aussi simple que possible d'organiser une consultation de nourrissons.

L'idéal pour une consultation de ce genre n'est pas seulement d'examiner régulièrement les enfants, de les peser, et

de donner aux mères une bonne direction dans la façon dont elles doivent les élever, c'est encore de fournir aux nourrices insuffisantes un lait de bonne qualité et tout préparé pour la consommation. Malheureusement le médecin ne dispose pas toujours de ressources lui permettant de mettre en pratique cette deuxième proposition, qui nécessite non seulement l'achat du lait, mais encore une personne capable de l'analyser et de le stériliser.

Supposons le cas le plus simple, celui où la consultation ne doit servir qu'à l'examen des enfants et des mères. Le local se composera de *deux pièces* assez vastes, carrelées, bien éclairées et faciles à aérer; les murs seront seulement blanchis à la chaux; il ne faut pas oublier, en effet, que ces pièces auront parfois besoin d'être désinfectées, si un enfant atteint de maladie contagieuse y a été introduit par hasard. L'une d'elles, la plus vaste, servira de *salle d'attente;* elle sera meublée uniquement avec des bancs, peints de préférence pour pouvoir être lavés.

La deuxième sera la *salle d'examen et de pesage;* elle devra être bien éclairée. On y mettra deux tables, l'une destinée à supporter la balance pèse-bébé et la toise, l'autre devant servir de bureau au médecin, et quelques sièges.

Toutes deux seront pourvues d'un appareil de chauffage, cheminée ou poêle, permettant d'y avoir une température de 16 à 18° en hiver.

Le médecin doit aussi avoir à sa disposition un registre, qui reste en sa possession, et des fiches qui sont remises aux mères et rapportées à chaque consultation.

Sur le registre sont inscrits la date de la naissance et le poids (s'il est connu) ou le poids du premier examen, qui servira alors de point de départ. Chaque fois que l'enfant est amené, la date de la présentation, le poids constaté, l'augmentation ou la diminution, la moyenne journalière sont consignés dans des colonnes spéciales; on note également le mode d'alimentation et la quantité de lait prescrite par biberon, si l'enfant est élevé artificiellement, ou la quan-

tité de lait et le nombre de biberons, si on est obligé d'avoir recours à l'allaitement mixte.

NOM .... Numéro d'ordre............
Date de naissance............ Né à terme ou avant terme............
Sexe............ Poids de naissance............

DATES	AGE	POIDS	AUGMENTÉ ou diminué + ou —	MOYENNE journalière	ALLAITEMENT maternel artificiel mixte	OBSERVATIONS médicales

Les fiches, en carton de préférence, seront établies sur le même modèle que le registre précédent ; les mères y trouveront consignés le poids de leur enfant, ses augmentations pendant une semaine ou pendant quinze jours, suivant les dates des consultations, la moyenne d'augmentation journalière, le nombre de biberons qu'elles devront donner à leur nourrisson et la quantité de lait que devra renfermer chaque biberon, si l'enfant est à l'allaitement artificiel ou à l'allaitement mixte.

Il ne serait pas inutile de faire imprimer au dos de ces fiches les principes les plus importants de l'allaitement : le nombre de tétées dans les vingt-quatre heures, l'espace devant séparer chaque tétée, la durée de ces dernières, la moyenne d'augmentation des enfants pendant la première année, et, si l'enfant est élevé au biberon, la quantité de lait qu'il devra boire par biberon aux différents mois, la façon de conserver le lait qui sera employé dans la journée, le coupage du lait, les soins à donner au biberon et à la tétine.

Ce sont ces principes que le médecin devra développer à chaque consultation ou modifier suivant les circonstances ; il n'insistera jamais trop, car il aura à lutter contre les conseils de toutes sortes, plus souvent mauvais que bons, que la femme recevra de son entourage. Il exigera que les enfants, même bien portants, lui soient présentés toutes les semaines ou au moins tous les quinze jours, et cela pendant environ douze à quinze mois. Le meilleur moyen d'obtenir ce résultat, c'est de faire entrer en jeu l'intérêt en donnant, quand cela est possible, des gratifications en espèces, en nature (bon de viande) ou en vêtements aux femmes qui viennent régulièrement à la consultation et qui nourrissent leurs enfants au sein. Il ne faut pas oublier, en effet, que les consultations de nourrissons doivent être avant tout une école d'encouragement à l'allaitement maternel.

CONVULSIONS

Lorsque des crises convulsives apparaissent dans les jours qui suivent la naissance, il faudra aussitôt mettre en pratique les conseils suivants :

On placera l'enfant dans une pièce bien aérée et silencieuse et on pratiquera un lavage de l'intestin avec l'eau bouillie tiède.

L'alimentation sera supprimée passagèrement, puis on soumettra l'enfant à la diète hydrique pendant vingt-quatre heures.

On donnera des bains à 36°, bains simples d'une durée de 5 à 10 minutes, ou des bains de tilleul.

Pour cela on mettra 250 grammes de fleurs de tilleul dans un litre d'eau en couvrant le récipient ; et après dix minutes d'ébullition on versera ce mélange dans le bain.

Au moment des crises convulsives on laissera tomber 5 à 6 gouttes de chloroforme anesthésique sur un mouchoir.

qu'on placera à quelque distance du visage du bébé. On donnera ensuite le lavement suivant qui devra être gardé :

Hydrate de chloral	0,25 centigrammes
Lait.	30 grammes

CORDON OMBILICAL

I. — Ligature et pansement du cordon ombilical.

Le cordon ombilical doit être l'objet de soins tout particuliers soit au moment de la ligature, soit les jours suivants au moment des toilettes quotidiennes du nouveau-né. Le sillon de séparation de la tige funiculaire et la petite plaie qui succède à la chute du moignon doivent être considérés comme des plaies véritables et pansés d'après la méthode antiseptique. En prenant toutes les précautions que nous allons indiquer, on mettra certainement l'enfant à l'abri des hémorragies immédiates ou tardives, qui peuvent être assez graves pour entraîner la mort, et des infections de la région ombilicale, qui déterminent parfois des accidents sérieux et même mortels.

Parmi les différents préparatifs que le praticien doit faire avant l'accouchement, il aura dû s'être procuré un plateau quelconque, une assiette creuse par exemple, dans laquelle il place deux pinces de Kocher et une paire de ciseaux. Ces instruments seront flambés quelques instants avant l'expulsion du fœtus. Il aura dû également, s'il n'a pas à sa disposition un flacon de grosse soie stérilisée, faire bouillir pendant vingt minutes environ 50 centimètres de fil de Bretagne ou de grosse soie plate ; aussi sera-t-il toujours prudent d'avoir une bobine de cette soie dans la trousse obstétricale.

Dès que le nouveau-né est sorti de la vulve, on le couche entre les cuisses de sa mère sur une serviette chaude et on pratique aussitôt le lavage des yeux dont nous ne nous occu-

pons pas pour le moment (voir NOUVEAU-NÉ). Celui-ci une fois terminé, il ne faut pas se presser de lier le cordon, qui est encore animé de battements. On s'en assurera en le saisissant entre la pulpe du pouce et de l'index, et en le comprimant très légèrement ; il est nécessaire de mettre dans cette exploration la même délicatesse que dans la recherche du pouls au niveau de l'artère radiale, c'est-à-dire qu'on évitera d'écraser les vaisseaux en serrant trop fortement. Le point où les battements doivent être recherchés n'est pas indifférent ; c'est la partie médiane de la tige funiculaire qu'il faut interroger, car il arrive parfois que dans la portion voisine de l'ombilic les battements persistent alors qu'ils ont disparu dans le reste du cordon.

En règle générale, on attendra 4 à 5 minutes avant de le lier et de le sectionner ; c'est d'ordinaire au bout de ce temps que les battements deviennent plus faibles et plus espacés. Grâce à cette ligature tardive le nouveau-né bénéficiera de près de 100 grammes de sang, qui servira à l'établissement de sa circulation pulmonaire, il perdra moins de poids dans les jours qui suivent la naissance et il augmentera plus rapidement.

Dans certains cas cependant la section du cordon doit être faite plus tôt : c'est d'abord lorsqu'il existe des circulaires autour du cou de l'enfant, circulaires suffisamment serrées pour qu'on ne puisse ni les dégager par-dessus la tête, ni les faire glisser le long du tronc. Le cordon est alors saisi entre les deux pinces à forcipressure et sectionné aussitôt avec les ciseaux. On agira de même au moment de l'extraction du fœtus si l'on constate que le cordon très tendu par brièveté probable empêche la sortie de l'enfant. La mort apparente n'est pas une indication à la section hâtive du cordon ; tant que celui-ci est animé de battements, l'hématose fœtale continue à se faire au niveau du placenta maternel, il est donc naturel de la respecter et d'en profiter, puisque l'hématose respiratoire n'existe pas encore. Les connexions du nouveau-né avec la mère n'empêcheront pas de tout mettre

en œuvre pour déterminer les mouvements respiratoires chez l'enfant, désobstruction de la bouche et du pharynx buccal et même insufflation (voir MORT APPARENTE).

Dès que les battements du cordon ont cessé ou se sont très ralentis, au bout de 4 à 5 minutes environ, on prend le fil à ligature dans le récipient qui a servi à le stériliser par l'ébullition ou dans le flacon destiné à le conserver aseptiquement, et on fait la ligature à 2 centimètres et demi ou 3 centimètres de l'ombilic après s'être assuré par le palper que cette portion du cordon ne renferme pas d'anse intestinale. La tige funiculaire est sectionnée avec les ciseaux déjà flambés à 1 centimètre au delà de l'application du fil. L'extrémité placentaire du cordon ne sera pas liée à moins qu'il ne s'agisse d'une grossesse gémellaire, certaine ou probable, et dans ce cas la ligature sur le bout placentaire ne sera appliquée que sur le cordon du premier né.

Le fil entourant le cordon est serré lentement mais fortement et lié par un double nœud ; pour plus de sûreté, les deux extrémités sont ramenées du côté opposé de la tige funiculaire, serrées de nouveau et arrêtées par une deuxième ligature semblable à la première. Il sera prudent de ne sectionner les deux chefs du fil qu'à 10 centimètres du nœud, on conservera de cette façon de quoi faire rapidement une nouvelle ligature si la première se desserrait ou si elle coupait les tissus qui entrent dans la constitution du cordon. Avant de nettoyer l'enfant, ce qu'on ne fait en général qu'après avoir délivré la mère et lui avoir donné tous les soins consécutifs, injection, toilette, pansement vulvaire, on s'assure que l'extrémité sectionnée de la tige funiculaire ne saigne pas.

L'enfant baigné et séché, il faut faire le pansement du cordon : celui-ci est saupoudré de dermatol stérilisé, puis passé à travers l'orifice qu'on aura créé avec les ciseaux dans un carré de gaze ou de coton aseptique, l'extrémité libre du cordon est ramenée du côté du thorax, les deux chefs de la compresse sont rabattus l'un après l'autre sur le moignon

funiculaire et le tout est maintenu par une bande de flanelle ou de toile *modérément serrée.* Il est bien entendu que, pour faire ce pansement et ceux qui suivront, on devra prendre toutes les précautions antiseptiques habituelles, savonnage des mains et immersion dans un liquide antiseptique.

Tous les jours le sillon d'élimination sera lavé à l'alcool, puis saupoudré de dermatol et pansé comme nous l'avons indiqué précédemment.

Pendant les suites de couches, l'enfant ne prendra pas de bain avant la chute du cordon et la cicatrisation complète de la plaie ombilicale. Le desséchement sera rapide et la chute se fera en général du 7e au 10e jour; il n'est pas rare de constater à ce moment un léger suintement dû à la présence d'un bourgeon charnu souvent enfoui au fond de la cupule ombilicale et de volume variable. S'il est petit, il s'atrophie spontanément; s'il est gros comme une lentille, il suffit de faire quelques applications de teinture d'iode fraîche ou des attouchements superficiels avec un crayon de nitrate d'argent pour le faire disparaître. Tant que l'ombilic n'est pas complètement cicatrisé, il faut continuer à traiter la plaie, quelque minime qu'elle soit, par des lavages à l'alcool et par des pansements au dermatol et à la gaze aseptique et ne pas commencer les bains.

Nous n'avons envisagé que le cas où la ligature était facile; mais il arrive parfois que le cordon, au lieu d'avoir le volume du petit doigt, est gros comme le pouce par surabondance du tissu muqueux de Wharton. La ligature ne tient pas, elle coupe ou elle est insuffisante, car elle ne comprime pas suffisamment les vaisseaux, et dans les heures qui suivent la naissance, une hémorragie peut se produire. Que faire en présence de ces cordons gras? Tarnier avait conseillé la ligature avec un fil élastique, mais on n'en a pas toujours sous la main. Budin la ligature en bouchon de Champagne, mais elle est difficile à faire et à décrire. Nous avons à notre disposition deux procédés fort simples. Quand on sera en présence d'un gros cordon, au

lieu de faire la ligature avant la section, on se contentera d'appliquer une pince à forcipressure à 4 ou 5 centimètres de l'ombilic et on sectionnera à 1 centimètre de la pince du côté du bout placentaire. La constriction exercée par la pince refoulera le tissu muqueux, qui s'échappe au niveau de la tranche de section, et déterminera sur les vaisseaux ombilicaux une véritable angiotripsie ; on pourra laisser cette pince à demeure ou bien on appliquera une ligature au niveau de la dépression déterminée par la pince, véritable sillon de calibre restreint et facile à lier.

On peut aussi faire la ligature du cordon en deux fois, suivant la méthode employée en chirurgie et que nous avons introduite en obstétrique (procédé de Rudaux) pour lier certains pédicules vasculaires. On se sert pour cela de l'aiguille, qui doit se trouver dans la trousse de tout médecin faisant des accouchements, ou au besoin d'une pince, on traverse la tige funiculaire suivant un de ses diamètres en évitant les vaisseaux toujours visibles par transparence, on passe le fil en double dans le chas de l'aiguille et on lui fait traverser à son tour toute l'épaisseur du cordon, on sectionne l'anse de fil, et on entre-croise les deux chefs situés d'un même côté. On lie alors les deux bouts, qui appartiennent au même fil ; une moitié du cordon se trouve ainsi ligaturée. On agit de même pour la seconde moitié qui se trouve serrée avec les deux autres chefs qui étaient restés libres ; par excès de précaution on ramène ces deux derniers du côté opposé et on fait une nouvelle ligature. Ce procédé, beaucoup plus simple à faire qu'à décrire, n'est en réalité que la ligature isolée des deux moitiés de la tige funiculaire ; il a de plus l'avantage d'empêcher tout glissement du fil, puisque celui-ci traverse l'épaisseur même du cordon.

II. — Accidents et complications.

Un certain nombre d'accidents peuvent survenir au niveau du cordon soit immédiatement après sa ligature, soit au

cours de sa dessiccation, soit au moment de sa chute. Ce sont d'une part des hémorragies et d'autre part des infections diverses.

Les *hémorragies ombilicales* ou *omphalorragies* se produisent les unes dès la naissance ou dans les heures qui suivent, les autres surviennent parfois pendant la période de dessiccation, le plus souvent lors de la chute de la tige funiculaire.

Au moment de la naissance, la région ombilicale peut être le siège d'une hémorragie plus ou moins abondante, lorsque le cordon a été arraché à ce niveau. Cet accident peut être occasionné par l'accouchement rapide dans la situation verticale ou même dans le décubitus dorsal, si le fœtus est expulsé avec force par des contractions utérines énergiques, il peut être dû à une brièveté naturelle ou accidentelle du cordon ou aux manœuvres que nécessite le dégagement de circulaires plus ou moins serrés.

Dans les heures qui suivent la naissance, les hémorragies tiennent à la fois à des troubles de la respiration pulmonaire et à une ligature insuffisante du cordon. Survenant plus tard, elles sont souvent déterminées par des lésions vasculaires (artérite ou phlébite) et elles se produisent à la chute du cordon et même quelques jours après.

Les infections sont devenues relativement rares depuis qu'on applique au pansement du cordon et de la plaie ombilicale les méthodes d'antisepsie et d'asepsie qui sont maintenant d'une pratique courante.

Cependant soit par suite de soins insuffisants, soit par suite de fautes commises, soit enfin par infection de voisinage, on peut encore voir des phénomènes infectieux se localiser au niveau de la région ombilicale. Grâce à une thérapeutique appliquée dès le début des accidents, on les enraye presque toujours assez rapidement et on évite les complications graves, souvent mortelles, qu'on rencontrait fréquemment avant la découverte de l'asepsie et de l'antisepsie.

Ces phénomènes infectieux se produisent quelquefois

avant la chute du cordon et frappent le moignon funiculaire dans sa totalité ; ils constituent la *gangrène humide du cordon.* Elle apparaît tantôt dans les jours qui suivent la naissance, tantôt plus tard, car dans ces cas la chute du cordon est presque toujours retardée. Elle se manifeste par une absence de dessiccation ou par un ramollissement de la totalité de la tige funiculaire, qui prend un aspect grisâtre et qui dégage souvent une odeur fétide.

Les signes généraux ne sont pas constants ; la fièvre survient si l'infection ne reste pas localisée au cordon et gagne la région ombilicale du fœtus. On voit alors apparaître au niveau de l'ombilic et de la zone péri-ombilicale des manifestations inflammatoires soit seulement sous forme de rougeur, soit aussi sous forme de tuméfaction rouge et chaude, premier degré du *phlegmon* de cette région. La gangrène humide du cordon peut aussi être le point de départ d'infection vasculaire, *phlébite* et *artérite*, et même d'infection sanguine généralisée, *septicémie*. On l'a vue également être suivie de la *gangrène* de l'ombilic. Ces différents accidents n'étaient pas rares à l'époque où l'on ignorait la pratique antiseptique, surtout lorsque le cordon était enduit d'un corps gras, ordinairement de cérat. Actuellement ces formes graves sont exceptionnelles, mais on rencontre encore les infections bénignes surtout à l'époque des chaleurs de l'été et dans les cas d'infection amniotique précédant l'accouchement.

Après la chute du cordon il persiste assez souvent au niveau de la plaie ombilicale un *bourgeon charnu* plus ou moins gros ; si son volume est considérable, un pois en moyenne, il constitue le *fongus* du cordon. Ce bourgeon est parfois l'origine d'une véritable sécrétion purulente ou d'un suintement sanguinolent. Enfoui au fond d'un cratère plus ou moins creux, il est difficile à apercevoir, mais il révèle sa présence par l'écoulement d'un liquide sanieux, quelquefois fétide, qui sort de l'orifice externe et qui en irrite les bords.

Cette *blennorrhée* a souvent une durée fort longue, à cause de la difficulté qu'on éprouve à agir directement sur le granulome; elle provoque habituellement de la rougeur et de la desquamation de l'épiderme de toute la cupule ombilicale et des zones environnantes. La sécrétion purulente paraît peu virulente, car elle s'accompagne rarement de réaction locale intense et de réaction générale, surtout si on applique à ce niveau un traitement antiseptique approprié.

Traitement. — Le *traitement prophylactique* doit occuper la première place dans cette étude, il repose tout entier dans l'application de la méthode antiseptique à la ligature et au pansement du cordon d'abord, de la plaie ombilicale ensuite. Les instruments, qui serviront à la section, le fil à ligature, le coton ou la gaze qui doivent être utilisés pour le pansement, auront été stérilisés par le flambage, l'ébullition ou l'étuve.

Après le bain qui suit la naissance et avant d'appliquer le pansement le cordon et la région ombilicale seront lavés à l'alcool et au sublimé, puis essuyés avec du coton sec aseptique.

Les jours suivants les mêmes précautions seront prises tant du côté du cordon que du côté de la plaie ombilicale après la chute de celui-ci ; à partir du moment où le sillon de séparation apparaît, il est nécessaire de le nettoyer soigneusement à l'alcool et de le recouvrir d'une poudre antiseptique non toxique comme le dermatol ; le même pansement sera appliqué sur la plaie ombilicale jusqu'à cicatrisation complète. *C'est à ce moment-là seulement que les bains seront permis.*

Si des accidents surviennent, le *traitement curatif* est alors mis en œuvre.

Contre les *hémorragies* hâtives, qui sont dues à une insuffisance de la ligature et à des troubles respiratoires du nouveau-né, on luttera en plaçant une ligature plus serrée et en relâchant le maillot. Les hémorragies déterminées par un arrachement du cordon seront combattues par l'applica-

tion de pinces à forcipressure sur le moignon funiculaire ou sur chaque extrémité des vaisseaux ombilicaux; si une ligature isolée de chacun d'eux est possible, il ne faudra pas hésiter à la pratiquer.

Les hémorragies tardives, qui se produisent à la chute du cordon, seront arrêtées par l'application locale d'un tampon de gaze ou de coton stérilisé imbibé d'une solution d'adrénaline au millième :

Chlorhydrate d'adrénaline	0,20 centig.
Solution de sérum physiologique	200 grammes
Chlorétone	1 —

La gangrène humide du cordon cède à l'enveloppement de ce dernier dans une compresse formée de plusieurs épaisseurs de gaze ou dans une compresse de coton hydrophile stérilisé, imprégnée d'alcool éthylique à 95°. Il faut avoir la précaution de relever le cordon ainsi pansé et de le séparer de la peau de l'abdomen par un tampon de coton sec.

Les bourgeons charnus seront cautérisés avec un crayon de nitrate d'argent ou détruits avec la pointe du thermocautère : ces procédés sont préférables à l'excision au moyen d'un instrument tranchant qui peut déterminer une hémorragie.

Quant aux autres complications infectieuses, elles seront traitées dès leur apparition par un lavage local au sublimé ou à l'eau oxygénée, par des attouchements légers à la teinture d'iode fraîche, ou encore par des applications de pansements humides boriqués et chauds, renouvelés deux fois par jour. Il faut éviter chez les nouveau-nés toutes les solutions antiseptiques à base d'acide phénique qui sont toxiques et qui déterminent facilement la gangrène.

La procidence du cordon sera traitée plus loin à l'article PROCIDENCE.

CORYZA DES NOUVEAU-NÉS

I. — S'il s'agit d'un coryza simple :

1° On instillera matin et soir dans chaque narine quelques gouttes de :

Eucalyptol.	0,05 centig.
Huile de vaseline stérilisée	30 grammes.

Éviter particulièrement le menthol.

2° On appliquera des bottes d'ouate.

II. — Dans le cas de coryza syphilitique, il faudra d'abord instituer le traitement (voir Syphilis).

1° On instillera trois fois par jour quatre à cinq gouttes de :

Eau oxygénée à 12 vol	1 partie.
Eau stérilisée	4 —

2° Deux heures après, on instillera dans chaque narine quelques gouttes de :

Résorcine.	0,25 centigr.
Huile de vaseline stérilisée	30 grammes.

Si la succion est gênée, Laurens conseille de mettre avant la tétée dans chaque fosse nasale III à IV gouttes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline au dix-millième.

COUVEUSE

Nous ne décrirons pas les différents types de couveuses qui ont été imaginées et qu'il est facile de se procurer dans le commerce ; leur description est faite dans tous les traités d'accouchement. Nous croyons plus intéressant d'indiquer la façon dont on peut créer soi-même une couveuse et la faire construire par le premier menuisier venu.

Le bois devra être sec, n'avoir pas encore servi et ne

dégager aucune odeur. On commandera une caisse de 0 m.70 de longueur, 0 m.40 de largeur et 0 m.50 de hauteur ; elle sera ouverte à sa partie supérieure, le couvercle sera constitué par un épais verre à vitre de 0 m.80 de longueur sur 0 m.50 de largeur. Le fond sera percé de six trous ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc. Une corbeille d'osier, semblable à celle qu'on applique sur les balances pèse-bébé, ou à son défaut un petit hamac en toile sera suspendu au milieu de la caisse ; pour cela il suffira d'y attacher aux quatre coins de fortes cordes qui seront fixées d'autre part à quatre pitons vissés aux angles supérieurs de la caisse, à 2 centimètres au-dessous de l'ouverture. Plusieurs boules en grès seront placées au fond de la caisse ; le panier pouvant être soulevé, l'introduction des boules d'eau chaude ne présentera aucune difficulté. Elles seront changées à tour de rôle, toutes les six heures environ. On suspendra à l'intérieur de la caisse un thermomètre et une petite éponge imbibée d'eau. La température intérieure sera en moyenne de 25°, il est rare qu'une température supérieure, 28° ou 30°, soit nécessaire.

Indications de la couveuse. — D'une façon générale, la couveuse est indiquée chez les prématurés (voir PRÉMATURÉS) ; cependant ce n'est pas le poids de l'enfant qui doit servir de guide, c'est sa température d'une part, son état général d'autre part. Tout nouveau-né ayant une température rectale inférieure à 36° devra être réchauffé ; si l'on n'y parvient pas en l'enveloppant de coton cardé et au besoin d'un large taffetas chiffon, on devra le placer en couveuse et l'y laisser tant que sa température n'atteint pas 37°.

On ne devra jamais l'en sortir brusquement. On abaissera d'abord la température de la couveuse à 24°, 23°, 22°, 20° ; si sous cette influence l'enfant ne se refroidit pas, on pourra le placer dans son berceau entouré de boules d'eau chaude en ayant la précaution de maintenir la température de la pièce à 18 ou 20°.

COXALGIE (BASSINS VICIÉS PAR)

Le bassin coxalgique est un bassin asymétrique, la coxalgie étant le plus souvent unilatérale.

La déformation de la ceinture pelvienne dépend beaucoup du traitement qui a été appliqué pendant l'évolution de l'affection. Si la malade est restée couchée pendant la période d'activité de sa lésion jusqu'au moment où le bassin est arrivé à l'état de complet développement, on se trouvera en présence du bassin coxalgique pur, appelé encore bassin coxalgique couché. Dans ce cas, qui est exceptionnel, la déformation est constituée par un arrêt de développement de la moitié du bassin correspondant à la hanche malade. La courbe décrite par la ligne innominée de ce côté a un rayon plus court que celle du côté sain. Il est très rare de voir la prolifération osseuse curatrice donner lieu à des exostoses saillantes au niveau de l'acétabulum, ou de constater le processus inverse, c'est-à-dire l'enfoncement de l'arrière-fond cotyloïdien par la tête fémorale qui pénètre alors dans l'excavation.

Beaucoup plus fréquent est le *bassin coxalgique debout*, dénommé encore *atypique* ou *complexe*.

Sur celui-ci peut encore se retrouver la dystrophie osseuse qui frappe d'arrêt de développement l'os iliaque du côté malade, mais l'influence des pressions subies par le bassin du fait de la marche ajoute à la déformation primitive des déformations nouvelles.

Le plus souvent les malades prennent leur point d'appui prédominant sur le membre sain, il en résulte un aplatissement plus ou moins marqué de la ligne innominée correspondante. Notons en passant un fait exceptionnel, mais important au point des déductions thérapeutiques, c'est l'ankylose de l'articulation sacro-iliaque soit du côté malade, soit plus rarement du côté sain (sans qu'il y ait eu sacro-coxalgie).

Mais toutes les coxalgiques ne s'appuient pas d'une façon prédominante sur leur membre sain, il peut arriver que la pression soit à peu près égale des deux côtés, grâce à l'utilisation d'appareils orthopédiques qui rétablissent l'égalité de longueur des membres inférieurs. Même dans ce cas, le membre sain fournit toujours un travail plus actif et la déformation par aplatissement de ce côté existe plus ou moins marquée.

Enfin par suite d'une consolidation vicieuse en adduction la malade peut être forcée de reporter le poids du corps sur le membre inférieur malade, c'est alors de ce côté que se produit l'aplatissement. Dans cette variété, la déformation intéresse parfois assez fortement l'excavation et le détroit inférieur.

Pratiquement il est permis de dire que les grandes déformations du bassin coxalgique capables d'entraîner une dystocie grave tendent à devenir de plus en plus rares en raison des progrès de la thérapeutique de la coxalgie. Il est exceptionnel aujourd'hui de rencontrer des coxalgiques anciennes guéries en attitude vicieuse, alors que le fait était fréquent autrefois.

Le lecteur voudra bien se reporter à l'article CLAUDICATION pour tout ce qui concerne la technique de l'exploration pelvienne. Le diagnostic de la cause déterminante de la déformation repose : 1° sur l'interrogatoire, qui ne doit pas laisser dans l'ombre l'époque d'apparition, la durée et le traitement de la lésion ; 2° sur l'exploration de l'articulation coxo-fémorale suspecte et 3° sur la recherche des séquelles de la coxo-tuberculose, cicatrices d'abcès, atrophies osseuse et musculaire, etc.

D'après une statistique de Démelin portant sur 20 femmes ayant accouché 43 fois, la mortalité maternelle serait de 15 p. 100 et la mortalité fœtale de 33 p. 100. Ces chiffres sont certainement trop élevés, car nombre de cas bénins ne sont pas publiés. Nous avons vu en outre que les progrès de l'orthopédie doivent amener une amélioration notable des statistiques.

Traitement. — A moins d'avoir constaté une disproportion certaine et considérable entre la tête fœtale et le bassin, ou d'avoir été éclairé par des antécédents obstétricaux particulièrement sombres, il faut rester dant l'expectative et respecter la marche naturelle du travail.

Si celui-ci se prolonge d'une façon dangereuse soit pour la mère, soit pour le fœtus, l'indication d'une version ou d'une application de forceps se pose. On aura recours à la version si la tête n'est pas ou est peu engagée et si les membranes sont intactes ou récemment rompues et la dilatation complète. Si, au contraire, la tête est dans l'excavation et les membranes rompues depuis longtemps, c'est au forceps qu'on donnera la préférence. Il va sans dire que l'orifice utérin doit être complètement dilaté ou dilatable.

La symphyséotomie ou l'hébostéotomie est peu recommandable dans le bassin coxalgique. Dans le cas d'étroitesse flagrante mieux vaut pratiquer l'opération césarienne. Si celle-ci a été prévue d'avance et qu'elle soit refusée par l'intéressée, la seule ressource sera de provoquer l'accouchement prématuré, après avoir exposé à la famille tous les dangers et les mauvais résultats que comporte cette intervention.

Si le fœtus est mort, la basiotripsie est la seule opération indiquée.

CRANIOTOMIE

On désigne sous le nom de craniotomie l'opération qui consiste à ouvrir le crâne fœtal pour permettre à la matière cérébrale de sortir facilement et pour rendre ainsi possible la réduction de la tête. C'est le premier temps de la basiotripsie, il suffit parfois à assurer la terminaison de l'accouchement, car la tête, partiellement vidée de son contenu, se lamine beaucoup plus aisément.

La tête fœtale est en effet déformable, mais incompres-

sible; tout raccourcissement d'un de ses diamètres est compensé par l'allongement des diamètres non comprimés et, si on cherche à réduire une de ses dimensions, en la serrant énergiquement par exemple entre les cuillers d'un forceps, on arrive rapidement à un état d'équilibre à partir duquel la réduction ne fait plus aucun progrès. Mais, si l'on donne issue à la matière cérébrale, celle-ci s'échappe en partie et l'on peut alors réaliser l'écrasement de la tête, qui était jusque-là impossible à obtenir.

Le premier temps du broiement de l'extrémité céphalique est nécessairement une perforation cranienne. Pour pratiquer cette craniotomie il existe de nombreux instruments : perforateur du basiotribe, ciseaux de Smellie, perce-crâne de Blot, mais il est évident que l'on peut également se servir d'instruments piquants et tranchants quelconques et en particulier d'un bistouri et de ciseaux. Ceux-ci ont, il est vrai, un inconvénient : leur maniement est dangereux, aussi ne faut-il les employer qu'avec une extrême prudence et sous le contrôle étroit et incessant du toucher manuel ou mieux encore des yeux en s'aidant d'un spéculum ou de valves. Nous recommandons de préférence ces dernières qui donnent beaucoup plus de jour.

En signalant le danger du bistouri et des ciseaux, nous n'entendons pas exprimer par là que les perforateurs classiques, énumérés plus haut, soient inoffensifs, mais seulement que leur forme et leur dimension les rendent plus maniables. Il faut être tout aussi prudent en se servant de l'un d'eux qu'en utilisant les premiers.

En cas d'urgence absolue, si l'on n'avait pas d'instruments sous la main, on pourrait utiliser après les avoir soigneusement stérilisés certains outils tels qu'aiguilles d'emballeur, ciseaux de menuisier, etc., mais à la condition d'être très sûr de soi.

Quel que soit l'instrument employé, nous ne saurions trop le répéter, il ne faut s'en servir qu'en s'éclairant à l'aide du toucher manuel. Aucune perforation, aucune incision ne

doit être commencée ou poursuivie, si l'on n'a pas la notion absolument nette de la région fœtale attaquée et de ses rapports avec la filière pelvi-génitale.

La craniotomie peut se pratiquer au niveau d'une suture, d'une fontanelle ou encore d'une partie osseuse ; ce dernier point est le plus recommandable, c'est le meilleur moyen en effet d'assurer un libre passage à la matière cérébrale, car le chevauchement des sutures a vite fait d'oblitérer le trou pratiqué sur elles.

Après la craniotomie on peut ou bien abandonner l'accouchement à lui-même, si l'on juge que la tête pourra se réduire suffisamment pour franchir l'obstacle, ou bien réaliser cet amoindrissement céphalique soit à l'aide des cuillers du forceps serrées au maximum, soit, si cela ne suffit pas, avec un broyeur puissant dont le basiotribe est le type le plus parfait.

Nous renvoyons le lecteur à l'article Basiotripsie pour tout ce qui concerne les soins préliminaires et consécutifs à l'opération.

CURAGE DIGITAL

Le curage de l'utérus est tantôt une variété de délivrance artificielle, tantôt un procédé de nettoyage de la cavité utérine, c'est alors un véritable curettage digital. Dans bien des cas il constitue le premier temps d'un curettage instrumental, le doigt, « instrument intelligent par excellence », commence la besogne que la curette termine ; celle-ci peut agir avec d'autant plus de facilité et de sûreté que l'exploration digitale nous a mieux renseignés sur le siège et sur l'importance des débris qu'elle est chargée d'enlever.

Ce qui distingue le curage digital de la délivrance artificielle, c'est que dans la première intervention on n'introduit qu'un ou deux doigts dans la cavité utérine.

Cette méthode opératoire étant extrêmement doulou-

reuse, il est presque toujours nécessaire d'anesthésier la patiente. Celle-ci est placée de préférence en position obstétricale sur le bord de son lit garni d'une toile caoutchoutée ou sur une table; les membres inférieurs sont maintenus fléchis et écartés par deux aides. Dans certains cas cependant, menaces syncopales déterminées par une hémorragie grave, elle doit être laissée dans sa position normale et ne pas être endormie.

La vessie et le rectum seront évacués, la vulve savonnée, le vagin irrigué au moyen d'un liquide antiseptique.

Si le col n'est pas suffisamment perméable, il aura dû être dilaté préventivement soit avec des tiges de laminaires, soit à l'aide du petit modèle du ballon de Champetier de Ribes. Le curage pouvant être une opération d'urgence, la dilatation sera obtenue dans ce cas extemporanément avec des bougies de Hégar.

Après une antisepsie rigoureuse des mains, le dos de la main droite est enduit de vaseline stérilisée ou de préférence de savon antiseptique; les doigts rapprochés en forme de cône pénètrent avec douceur dans le vagin jusqu'à ce que la main soit tout entière dans cet organe. Ce premier temps, facile à exécuter lorsqu'il s'agit d'une multipare, rencontre parfois de grosses difficultés chez la primipare en raison de la résistance de l'anneau vulvaire.

Dès que la main droite est tout entière dans la cavité vaginale, la main gauche est appliquée à travers la paroi abdominale sur le fond de l'utérus qu'elle est chargée de maintenir. C'est à ce moment-là seulement que l'index et le médius droit abandonnant les autres doigts franchissent le canal cervical et pénètrent dans l'intérieur de l'utérus. Ils font d'abord une exploration complète de la cavité pour se rendre compte de l'importance et du siège des débris ovulaires qu'ils sont chargés de décoller. La pulpe et l'ongle vont entrer en jeu, tandis que la main placée sur l'abdomen maintiendra le corps utérin et luttera en sens opposé aux pressions digitales. Son rôle est également actif, car elle

doit offrir aux doigts internes les différentes régions de l'utérus.

Lorsque les débris ont été détachés, les doigts cherchent à saisir les plus volumineux et les entraînent au dehors. Quant aux débris moins importants, ils seront en grande partie chassés de l'utérus par une irrigation intra-utérine pratiquée alors que les doigts sont maintenus dans la cavité de l'organe.

Dans bien des cas le curage digital devra être suivi d'un écouvillonnage ou d'un curettage, qui achèveront le travail des doigts.

Les soins postérieurs ne diffèrent pas de ceux qu'il est d'usage d'appliquer après un avortement ou un accouchement. Ils varieront du reste suivant la cause qui a déterminé l'intervention : hémorragie, rétention simple du placenta, phénomènes infectieux.

Indications. — L'indication principale du curage digital est constituée par la rétention du placenta après l'*avortement* (voir ce mot); le curage est à ce dernier ce qu'est la délivrance artificielle à l'accouchement à terme ou avant terme; il faut y recourir non seulement quand des complications viennent à éclater, mais encore lorsque vingt-quatre heures après l'expulsion du fœtus le placenta est retenu dans l'utérus.

D'une façon générale, cette intervention doit être pratiquée chaque fois qu'il reste quelque chose dans la cavité utérine, retention de débris placentaires, rétention membraneuse, rétention de caillots, et que ces rétentions sont le point de départ d'accidents, hémorragie ou infection. Cette règle s'applique aussi bien à l'avortement qu'à l'accouchement prématuré ou à terme. Le curage digital est le meilleur procédé d'évacuation utérine; l'écouvillonnage et le curettage ne seront toujours que des méthodes opératoires complémentaires.

C'est encore à lui qu'il faudra s'adresser dans la grossesse molaire, lorsque des grappes de vésicules seront retenues ou seront supposées rester dans la cavité utérine.

CURETTAGE

L'opération, à laquelle on a donné le nom de curettage, a pour but de gratter à l'aide d'un instrument spécial la surface interne de l'utérus, afin d'en enlever soit des débris ovulaires, soit une muqueuse malade. Il est bien entendu que nous nous n'envisageons que le curettage obstétrical pratiqué après l'avortement ou après l'accouchement.

Instruments. — Une ou deux curettes, celles-ci doivent être mousses et munies d'une longue tige, s'il s'agit d'un curettage post-partum, les curettes imaginées par Wallich sont les meilleures :

Une canule intra-utérine ;

Deux larges valves ou un spéculum de Collin ;

Une pince à deux griffes pour le col ;

Deux pinces à pansements ;

Bougies de Hégar ;

Une sonde vésicale ;

Une paire de ciseaux ;

Un rasoir ;

Une paire de gants de caoutchouc ;

Des écouvillons en crins, quoique n'étant pas indispensables, rendront cependant de grands services.

Accessoires. — Un bock laveur et une canule vaginale en verre, deux ou trois cuvettes, une brosse, un savon, deux ou trois grandes serviettes bouillies à défaut de champs stérilisés, de l'eau bouillie froide et chaude.

Objets de pharmacie. — 1° Une solution de sublimé pour les mains ; 2° une solution antiseptique non toxique pour les lavages intra-utérins, lusoforme, formol, liqueur de Labarraque ou eau oxygénée ; 3° de la teinture d'iode ; 4° de la gaze antiseptique en bande ; 5° du coton hydrophile.

Aides et anesthésie. — Un aide quelconque peut suffire, si on n'emploie pas l'anesthésie ; dans le cas contraire un médecin est absolument indispensable.

Soins préparatoires. — Chaque fois que le curettage est prévu un certain temps à l'avance, il est nécessaire de faire donner un lavement quelques heures avant l'opération pour débarrasser le rectum et éviter l'issue de matières fécales au cours de l'intervention. La région péri-vulvaire sera rasée, puis savonnée et lavée. C'est à ce moment qu'on pratiquera le cathétérisme vésical, si le malade n'a pas pu uriner spontanément.

Après une première injection vaginale destinée à entraîner les liquides contenus dans le vagin, on savonne celui-ci au moyen d'un tampon humide frotté sur du savon et on fait une nouvelle irrigation vaginale.

Intervention. — La femme est placée en position obstétricale de préférence sur une table solide (à la rigueur dans son lit), le siège débordant légèrement l'extrémité de la table; les membres inférieurs fléchis reposent chacun sur une chaise ou sont maintenus par deux personnes (méthode nécessaire si la malade est endormie).

L'opérateur dispose à sa droite la boîte d'instruments et à sa gauche une cuvette flambée pleine de sublimé, le bock a été rempli du liquide destiné au lavage de l'utérus et placé à portée de la main.

Après lavage et antisepsie des mains, on recouvre la région péri-vulvaire de compresses ou de serviettes bouillies, on pratique une exploration intra-utérine pour enlever tous les corps étrangers flottants et même adhérents qu'on y rencontre et pour se rendre compte du siège des débris que la curette va être chargée de décoller. Grâce à cette précaution, on évitera à coup sûr de curetter une surface utérine tout en laissant un lambeau placentaire libre au centre de l'organe. Cette exploration est très douloureuse et elle n'est guère praticable que si la malade est anesthésiée.

Ce premier temps terminé on introduit dans le vagin la valve postérieure ou le spéculum de Collin, on saisit la lèvre antérieure du col avec la pince à griffes, et on fait un premier lavage intra-utérin. Quoiqu'en disent la plupart des

auteurs, il est préférable de ne pas abaisser un utérus infecté, car il faut toujours supposer qu'il existe de la lymphangite et de la phlébite péri-utérine.

Après le lavage on maintient la pince fixée sur le col avec la main gauche, on nettoie le canal cervical avec un tampon imbibé de teinture d'iode et on introduit la curette tenue de la main droite jusqu'au fond de l'utérus. On racle méthodiquement chaque face et chaque bord de haut en bas en ramenant au dehors les débris qu'elle entraîne; les faces bien curettées, on agit de même au niveau du fond et des cornes en employant dans ce cas une curette plus petite. Il faut pratiquer ce grattage avec beaucoup de douceur surtout dans les utérus mous, et ne jamais chercher le cri utérin.

Le nettoyage instrumental sera suivi d'une injection intra-utérine chaude pour entraîner les débris détachés et favoriser les contractions de l'utérus, et d'un écouvillonnage. Celui-ci est pratiqué de préférence avec des écouvillons en crins trempés dans de la teinture d'iode fraîche ou à leur défaut avec des écouvillons en gaze qu'on obtient en entourant une pince à pansement de gaze aseptique ou antiseptique; ceux-ci seront également imbibés de teinture d'iode ou de glycérine créosotée à 1 p. 3. Une fois introduits dans la cavité utérine, on leur imprime un mouvement de rotation pour les faire entrer en contact avec toute la surface de l'organe, ils imprègnent cette dernière du liquide dans lequel ils ont été trempés et ils accrochent les débris flottants qui n'ont pas été complètement détachés par la curette. Il est souvent nécessaire d'écouvillonner deux ou trois fois, on ne cesse qu'après avoir constaté que le dernier écouvillon ne ramène plus aucun débris.

Après une dernière injection vaginale on introduit dans l'utérus une mèche de gaze antiseptique ou de gaze stérilisée trempée dans de la teinture d'iode dont une extrémité est laissée dans le vagin. Dans certains cas la mèche est avantageusement remplacée par un drain rigide. La vulve est

nettoyée et recouverte d'un pansement ouaté maintenu par un bandage en T.

La femme est replacée dans son lit, dont on aura changé les draps et qui aura été réchauffé par des boules d'eau chaude.

Soins post-opératoires. — Dans la journée il sera parfois nécessaire de pratiquer le cathétérisme de la vessie, si la miction est impossible; cette éventualité se rencontre surtout lorsqu'on a fait un tamponnement trop volumineux du vagin.

La mèche utérine sera enlevée le lendemain de l'intervention; on pratiquera à ce moment une injection vaginale antiseptique qu'on continuera les jours suivants matin et soir.

Difficultés et complications. — Les difficultés seront rares, si l'on a eu soin de faire précéder le curettage d'une exploration de la cavité utérine avec un ou deux doigts de la main droite, tandis que la main gauche est appliquée sur le fond de l'organe. Cette manœuvre fait disparaître les flexions du corps sur le col et les contractures de l'anneau de Bandl; elle a l'avantage également de fournir des renseignements précieux sur la profondeur de la cavité et sur l'intégrité des parois de l'utérus. On évitera aussi d'introduire une curette dans un organe rompu ou seulement fissuré. Il est bien probable que dans un grand nombre de cas de perforations utérines, dont le curettage a été rendu responsable, il s'agissait de déchirures incomplètes préexistantes.

S'il existait une *rupture utérine*, constatée par l'exploration ou reconnue au cours du curettage, il faudrait s'abstenir de tout lavage intra-utérin et abandonner le raclage instrumental de la cavité. Une simple mèche de gaze serait introduite dans l'utérus, la malade serait replacée dans son lit avec précaution et une ou plusieurs vessies de glace seraient appliquées sur l'abdomen après interposition d'un grand carré de flanelle. Dans le cas où il existerait des

symptômes de péritonite l'hystérectomie vaginale ou abdominale serait indiquée.

Une autre complication, qui peut survenir au cours du curettage, est l'*hémorragie ;* on en vient rapidement à bout en faisant des injections intra-utérines chaudes et en pratiquant un tamponnement serré de la cavité.

Quant aux frissons et aux grandes élévations de température qui succèdent au curettage, il ne faut pas les considérer comme des accidents, car ils sont à peu près constants.

Indications du curettage obstétrical. — Bien que le curettage ait été employé pour évacuer le contenu de l'utérus au cours de la grossesse, nous laisserons de côté cette méthode peu recommandable au point de vue pratique et nous ne passerons en vue que les indications qui peuvent se poser soit après l'accouchement, soit après l'avortement.

Après l'accouchement l'indication principale est constituée par l'apparition d'accidents infectieux d'origine utérine (voir Infection puerpérale) ; la température s'élève dans le courant de la première semaine, habituellement vers le troisième jour, elle atteint, puis dépasse 38°, le pouls est rapide, 100 et au-dessus, les *lochies* sont *épaisses* et *fétides* et elles ont une teinte anormale ; l'utérus est douloureux, et son col est largement entr'ouvert.

Deux cas se présentent en pratique :

1° L'accouchement a été fait par nous et par conséquent l'état de la délivrance nous est connu. Si elle était incomplète, rétention certaine ou probable de débris placentaires, rétention de membranes, il n'y a aucune hésitation possible, le curettage doit être pratiqué.

2° Nous sommes appelés auprès d'une femme qui présente le tableau clinique résumé précédemment, mais qui n'a pas été accouchée par nous. Dans ce cas, il ne faut tenir qu'un compte relatif des renseignements fournis sur l'état de la délivrance, ils sont souvent erronés ou faux. On commencera par pratiquer soi-même une injection intra-utérine ;

si le *liquide ramène des débris* ou si la température ne s'abaisse pas dans la soirée, le *curettage est indiqué*. C'est dans ces circonstances que l'exploration digitale de l'utérus, suivie au besoin d'un curage, s'impose d'une façon formelle.

Certains auteurs prétendent qu'après le 6ᵉ jour toute thérapeutique intra-utérine est dangereuse et qu'elle doit être proscrite, parce que les germes infectieux ont dépassé les limites de la muqueuse. Cette règle est, à notre avis, beaucoup trop absolue ; les rétentions annexielles ne déterminent parfois des accidents infectieux qu'après la première semaine. Il nous est arrivé plusieurs fois de n'être appelés que vers le 10ᵉ jour auprès d'une femme profondément infectée, chez laquelle le curettage, quoique pratiqué très tardivement, a ramené de nombreux débris et a été suivi de guérison.

Le meilleur moment pour pratiquer cette intervention est sans aucun doute du 3ᵉ au 6ᵉ jour, mais il ne faudrait pas hésiter à y recourir plus tardivement, si, appelé après la première semaine, on constate qu'il s'écoule de l'utérus des lochies épaisses, noires et fétides et si on reconnaît par l'exploration digitale la présence de débris placentaires ou membraneux adhérents.

Enfin il existe une dernière indication au curettage pendant les suites de couches, c'est l'apparition d'une hémorragie abondante ou la persistance d'un suintement sanguin qui ne cèdent pas aux injections vaginales chaudes (48°) et qui ne sont pas expliquées par l'état général. Il faut toujours penser dans ce cas aux polypes placentaires que la curette seule peut faire disparaître.

Après l'avortement. — La rétention placentaire totale ou partielle et les rétentions membraneuses sont plus fréquentes après l'avortement qu'après l'accouchement. Les accidents qu'elles déterminent, phénomènes infectieux et hémorragies immédiates ou tardives, réclament une intervention qui sera toujours le curage digital ; il sera souvent nécessaire de le compléter par un curettage. Celui-ci en tout cas serait

formellement indiqué si les accidents ne cédaient pas au curage.

L'expulsion d'une *môle hydatiforme* doit être suivie d'un curettage, si l'on constate qu'il reste dans l'utérus des villosités adhérentes que le doigt ne peut détacher. L'intervention sera pratiquée avec prudence si le muscle utérin est envahi.

CYSTITE

Il n'existe pas de cystite gravidique proprement dite en dehors de la cystite gangréneuse déterminée par l'utérus gravide retroversé, mais la grossesse peut réveiller des cystites anciennes par suite de l'état congestif qu'elle détermine dans tout le petit bassin. D'autre part, un cathétérisme septique et une infection banale par le gonocoque, le streptocoque, le coli-bacille peuvent engendrer de la cystite soit pendant la grossesse, soit après l'accouchement. Nous n'insisterons pas sur les symptômes de cette affection, douleur spontanée ou provoquée, ténesme vésical, mictions fréquentes mais peu abondantes, pus dans les urines, etc. En présence de ces symptômes, décrits dans tous les traités de pathologie, le traitement suivant devra être appliqué :

1° Garder le repos horizontal ;

2° Suivre le régime blanc avec le lait et une eau alcaline comme boisson ;

3° Prendre un grand bain tiède prolongé tous les jours ou tous les deux jours ;

4° Boire dans la journée quatre à cinq tasses de tisane d'uva ursi dans laquelle on mettra une cuillerée à café de lactose et une demi-cuillerée à café de bicarbonate de soude.

5° Prendre aux deux principaux repas un cachet de

Urotropine . . . . 0,50 centigrammes

6° Applications de compresses humides chaudes sur la région vésicale ;

7° Faire, si c'est nécessaire, des lavages vésicaux avec une solution de permanganate de potasse à 1 p. 4.000.

CYPHOSE (BASSINS VICIÉS PAR)

La cyphose est une incurvation de la colonne vertébrale à convexité postérieure, dont les causes les plus fréquentes sont le mal de Pott et le rachitisme.

Elle retentit plus ou moins sur la forme et les dimensions du bassin et avec d'autant plus d'intensité que le sommet de la courbe est plus rapproché du sacrum ; les cyphoses lombaire ou lombo-sacrée sont à cet égard les plus redoutables. Les autres facteurs capables d'augmenter la déformation pelvienne sont l'étendue et le degré d'incurvation de la cyphose, l'époque de son apparition ; après seize ans, le bassin ayant acquis sa forme et ses dimensions définitives, il se modifie peu.

On caractérise d'un mot la forme du bassin cyphotique en disant qu'il est en *entonnoir*. Ses dimensions vont en effet en se rétrécissant de haut en bas ; c'est au détroit inférieur qu'elles sont le plus faible et c'est à ce niveau que se produit la dystocie. Les différents diamètres du détroit supérieur sont au contraire normaux ou même agrandis. Parfois les épines sciatiques allongées constituent de leur côté un autre obstacle la progression de la tête.

La cyphose est par elle-même évidente, mais sa présence n'implique pas une viciation du bassin, ce n'est que par l'examen méthodique de l'excavation et du détroit inférieur qu'on peut reconnaître ses modifications. Les cyphotiques ont fréquemment une hyperesthésie vulvo-vaginale très marquée qui peut aller jusqu'au vaginisme, à tel point que l'anesthésie générale devient nécessaire. La femme placée dans la position obstétricale en travers de son lit est touchée successivement avec les deux mains.

La pelvimétrie du détroit inférieur peut et doit être faite

sans instruments spéciaux. On mesure d'abord le diamètre sous-sacro-sous-pubien qui s'étend de la pointe du sacrum au bord inférieur de la symphyse. Cette mensuration se fait en portant l'extrémité de l'index au contact de la pointe du sacrum et en marquant d'un coup d'ongle sur le bord radial de ce doigt le point où il prend contact avec le bord inférieur de la symphyse.

On évalue ensuite le diamètre bi-ischiatique. Pour cela on introduit les pouces dans le vagin et on les écarte l'un de l'autre jusqu'à ce qu'ils rencontrent les branches ischio-pubiennes, puis, sans quitter celles-ci, on descend jusqu'à leur extrémité inférieure. Parvenus en ce point, on applique fortement les pouces sur le plan osseux et on fait mesurer par un aide la distance qui sépare leur surface unguéale. On ajoute à la longueur obtenue 1 centimètre et demi représentant l'épaisseur des doigts.

Les deux diamètres précités doivent mesurer normalement 11 centimètres; quand ils ont moins de 9 centimètres, il faut craindre une dystocie d'autant plus sérieuse qu'ils sont plus courts.

Ces données doivent être complétées par la recherche de la mobilité des articulations pelviennes qui chez les cyphotiques est souvent assez marquée et permet au moment du passage de la tête un agrandissement notable des diamètres rétrécis.

Enfin le bassin n'est pas le seul point qui mérite de retenir l'attention chez les bossues. Par suite du tassement de la colonne vertébrale, la distance entre le diaphragme et le détroit supérieur se trouve parfois amoindrie à un tel degré que l'utérus ne trouve plus assez de place pour se développer dans l'intérieur de l'abdomen, il s'extériorise en quelque sorte, force la paroi et se place en antéversion plus ou moins accentuée. Il peut en outre par son accroissement déterminer une gêne considérable dans le fonctionnement des viscères thoraciques, surtout si ceux-ci sont malades. Cette complication nécessite parfois la provocation prématurée de l'accouchement.

Conduite à tenir pendant la grossesse. — Lorsqu'on examine la femme au début d'une première grossesse et que l'on constate un rétrécissement très marqué du détroit inférieur (bi-ischiatique ayant moins de 8 cm.), il faut la prévenir de l'éventualité d'une intervention sanglante au moment du travail. Si elle s'y refuse formellement, on devra provoquer prématurément l'accouchement en se basant d'une part sur les dimensions moyennes du bi-pariétal aux différentes époques de la grossesse (9 cm. 5 à terme, et environ 8 centimètres à huit mois, 7 centimètres à sept mois) et d'autre part sur l'âge présumé de la grossesse qu'il est malheureusement impossible d'évaluer avec précision.

Si au contraire la patiente accepte la perspective d'une opération à terme, on se borne à surveiller la marche de la grossesse, à soutenir la paroi abdominale par le port d'une ceinture large en tissu élastique de préférence ou à son défaut en flanelle. Si l'espace costo-iliaque est très réduit, l'antéversion est inévitable, la ceinture doit alors avoir pour but de la contenir sans violence et d'empêcher l'abdomen de devenir tout à fait pendulum.

Conduite à tenir pendant le travail. — Au moment du travail la présentation est en général profondément engagée. Si le détroit inférieur n'est que peu rétréci, le sommet (cas le plus commun) se dégage spontanément après un temps plus ou moins long, mais elle refoule le périnée en arrière, de telle sorte que ce dernier est très menacé et se rompt souvent (possibilité de déchirures complètes et de déchirures centrales). Ce fait tient à ce que l'angle formé par les deux branches ischio-pubiennes devient très aigu. L'occiput se dégage non plus en rasant le bord inférieur de la symphyse, mais en restant à une distance plus ou moins grande de lui.

En pareil cas le seul moyen de prévenir une rupture centrale ou une déchirure complète du périnée, c'est de pratiquer sur ce dernier une ou deux incisions d'après la technique suivante : on sectionne toute l'épaisseur du périnée avec un

bistouri ou des ciseaux en se guidant sur un ou deux doigts glissés entre la tête et la paroi postérieure du vagin. La ou les incisions doivent être commencées sur la commissure postérieure de la vulve à partir de la ligne médiane, et dirigées obliquement vers la tubérosité de l'ischion. On leur donne 2 à 3 centimètres de longueur environ.

Il arrive souvent qu'elles s'agrandissent au moment du dégagement de la tête ou des épaules, mais elles gardent leur direction oblique et le sphincter anal reste indemne. Rien n'est plus facile que de les suturer immédiatement après l'accouchement, elles se réparent mieux et plus rapidement que les déchirures spontanées.

Lorsque la tête se cale au détroit inférieur sans progresser pendant plus de deux heures, on fait au bout de ce temps, sauf indication plus pressante, une application de forceps en tirant sans violence. Pour pratiquer cette intervention, il y a avantage à placer la femme sur une table dans la position de la taille (cuisses hyperfléchies sur le ventre), cette attitude ayant pour effet d'éloigner le coccyx de la symphyse permet de gagner en moyenne 1 cm. 5 sur le diamètre pubo-coccygien ; elle détermine également un écartement des deux ischions.

Si l'application de forceps échoue ou si l'on juge cette intervention inutile ou dangereuse, il faut pratiquer une symphyséotomie ou une pubiotomie. Ces opérations ont ici l'avantage de donner un agrandissement du détroit inférieur à peu près égal à l'écartement des pubis.

L'enclavement profond et précoce de la tête doit presque toujours faire rejeter l'opération césarienne.

Enfin, si le fœtus est mort et retenu au détroit inférieur, la craniotomie est la seule opération qui soit indiquée.

CYSTOCÈLE

La cystocèle est la hernie de la vessie, sa variété vaginale est assez fréquente chez la femme et particulièrement chez

la multipare dont l'orifice vaginal a été agrandi par les accouchements antérieurs. Elle s'accompagne le plus souvent de rectocèle; elle est constituée par une tumeur mollasse, réductible qu'on aperçoit au niveau de la partie antérieure de l'orifice vulvaire. Elle augmente au moment des efforts, aussi pendant la période d'expulsion peut-elle prendre des proportions assez considérables sans présenter aucun danger. Lorsque la tête fœtale apparaît à la vulve, elle entraîne parfois cette saillie de la paroi antérieure du vagin, il suffit alors de la maintenir avec un ou deux doigts et de la refouler d'avant en arrière.

La cystocèle fait toujours partie des ptoses viscérales du petit bassin, aussi accompagne-t-elle le prolapsus utérin. Elle peut être traitée par une opération plastique que nous n'avons pas décrite, car nous sortirions de notre cadre.

DACRYOCYSTITE DES NOUVEAU-NÉS

La dacryocystite n'est pas rare chez le nouveau-né, elle apparaît habituellement dans le courant de la première semaine et souvent d'un seul côté. Elle se manifeste par une sécrétion d'aspect purulent, jaune et épaisse, qui colle les paupières, et par du larmoiement. Le diagnostic peut être affirmé si, en exerçant une pression au niveau de l'angle interne de l'œil, on fait sourdre une gouttelette muco-purulente à ce niveau. Parfois même il existe une petite tumeur dans l'angle naso-palpébral, tumeur qui disparaît quelquefois dans l'espace de quelques heures. Le traitement suivant doit être appliqué :

On instillera matin et soir deux ou trois gouttes du collyre suivant dans la fente palpébrale écartée :

Sulfate de zinc	0 gr. 03
Eau de laurier cerise	XXX gouttes.
Eau distillée bouillie.	10 grammes.

On pratiquera également des lavages toutes les deux ou trois heures avec de l'eau bouillie tiède en se servant de préférence d'une petite poire en caoutchouc ou à son défaut au moyen de petits tampons de coton hydrophile.

Si la sécrétion ne se tarit pas, s'il survient de la conjonctivite et s'il existe une petite tumeur persistante, il faudra recourir au cathétérisme des voies lacrymales.

DÉBILITÉ CONGÉNITALE

La débilité congénitale n'est pas seulement l'apanage des prématurés, certains enfants nés à terme peuvent être des débiles. Leur faiblesse tient soit à leur poids très au-dessous de la moyenne, ce sont alors des enfants nés de mères malades : albuminurie, cachexie, tuberculose, syphilis, soit à des troubles ou à des lésions organiques provoquées le plus souvent par le traumatisme obstétrical. Dans ce cas la respiration est défectueuse, des accès de cyanose surviennent fréquemment, la température est inférieure à la normale, les cris sont faibles et plaintifs.

Les soins que réclament ces enfants, quel que soit leur poids, sont les mêmes que ceux qu'il faut appliquer aux Prématurés; aussi pour éviter des répétitions, renvoyons-nous à ce mot pour l'étude du traitement.

DÉCIDUOME MALIN

On donne le nom de déciduôme malin ou de placentôme à une tumeur déterminée par la prolifération néoplasique des éléments épithéliaux du placenta et en particulier du syncitium. Cette tumeur envahissante, maligne s'infiltre rapidement dans la paroi utérine dont elle détruit les fibres musculaires, et ensemence de proche en proche les organes voisins en se disséminant dans tout l'organisme par la voie sanguine ou par la voie lymphatique.

Cette dégénérescence maligne est particulièrement fréquente après l'expulsion d'une môle hydatiforme, dont elle est la complication la plus redoutable, mais on peut aussi l'observer à la suite d'une grossesse absolument normale.

Cliniquement les déciduômes malins évoluent de la façon suivante : quelques semaines ou quelques mois après un accouchement, un avortement, ou après l'expulsion d'une môle, et sans avoir eu la notion d'une délivrance incomplète, on voit apparaître des hémorragies persistantes. Si l'on examine la malade, on trouve un utérus augmenté de volume, aussi porte-t-on le diagnostic de fausse couche imminente ou de métrite hémorragique. Mais les pertes sanguines persistent, elles s'aggravent même et l'utérus continue à grossir; on croit alors à un fibrome utérin, mais bientôt l'état général devient mauvais, la malade se cachectise et présente un teint jaunâtre qui met sur la voie d'un néoplasme.

En résumé,le diagnostic est rarement posé et c'est plutôt à la suite d'un curettage ou d'un toucher intra-utérin que fortuitement on reconnaît la tumeur soit par l'examen histologique des débris ramenés par la curette, soit par les caractères objectifs perçus par le doigt. Ce dernier sent dans la cavité utérine une tumeur irrégulière de consistance variable, molle en général, donnant l'illusion d'un trou dans le tissu ferme du myomètre.

Mais, s'il est permis de ne pas faire le diagnostic exact lorsque le déciduôme apparaît à la suite d'une grossesse normale, il ne faut pas que le médecin se laisse surprendre par son apparition consécutivement à une grossesse molaire. Toute malade qui a expulsé une môle doit être ensuite revue périodiquement; on insistera sur la nécessité de la soumettre à l'examen dans le cas où elle aurait des métrorragies. Si ces dernières surviennent, il faut penser au déciduôme, surveiller le développement de l'utérus et pratiquer au besoin un curettage explorateur.

Le déciduôme est de toutes les tumeurs utérines la plus maligne, il tue parfois en moins de six mois.

Traitement. — Il consiste dans l'hystérectomie totale, vaginale ou mieux abdominale. On ne doit pas oublier que l'utérus est friable, d'où possibilité de dissémination post-opératoire, surtout si l'on opère par le vagin. Enfin il existe un cas dans lequel l'hystérectomie doit être pratiquée pour *prévenir* le déciduôme malin : c'est lorsque après l'expulsion d'une môle hydatiforme, on a constaté par le toucher intra-utérin ou par la curette l'envahissement du muscle par les vésicules, envahissement qui va parfois jusqu'à la perforation sous-péritonéale.

DÉLIVRANCE

I. — Conduite a tenir pendant la délivrance normale.

Après l'expulsion du fœtus un deuxième travail commence ; il a pour but :

1° De décoller le placenta et les membranes (délivre ou arrière-faix);

2° De les expulser de l'utérus ;

3° De les chasser du vagin.

Voilà pour la délivrance normale ; mais, pendant cet acte comme pendant celui qui l'a précédé, il peut survenir des difficultés, véritable dystocie de la délivrance qui nécessite une intervention : la délivrance artificielle, dont nous étudierons prochainement les principales indications.

Supposons-nous en présence d'une femme qui vient d'accoucher, le cordon a été lié, l'enfant a été placé bien enveloppé dans un berceau, mais toujours à la portée des yeux qui le surveillent.

I. — Restons auprès de la parturiente et voyons ce qui va se passer. Plaçons la main sur l'abdomen, nous sentirons l'utérus dur, contracté (globe de sûreté), ce qui correspond anatomiquement à la rétraction du segment supérieur ; si nous mesurons la hauteur utérine, nous constatons que son

fond est à peu près au niveau de l'ombilic. Quelques instants plus tard le fond de l'utérus, qui a conservé sa consistance, est remonté, il est à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la cicatrice ombilicale, car le placenta est passé du segment supérieur dans le segment inférieur, qui a dû se déplisser pour le loger dans sa cavité.

Nous ne devons pas nous contenter de *palper souvent l'abdomen*, nous devons aussi pendant toute cette période *prendre souvent le pouls*, *regarder souvent la vulve*.

En même temps que nous exercerons cette surveillance constante, nous donnerons une injection vaginale chaude et antiseptique ; après avoir coupé le cordon à 1 centimètre en deçà de la vulve, nous appliquerons sur celle-ci une nappe de coton hydrophile, de préférence stérilisé.

Tel est le premier temps de la délivrance, caractérisé anatomiquement par le décollement du placenta et par son engagement dans le segment inférieur, et cliniquement par l'élévation du fond utérin et par la réapparition des contractions (arrière-douleurs).

II. — Environ trente minutes après la sortie du fœtus, en recourant de nouveau à la mensuration, nous constatons que le fond de l'utérus s'est abaissé au-dessous de l'ombilic ; c'est que le placenta a quitté le segment inférieur pour passer dans le vagin (deuxième temps de la délivrance). Nous pourrons du reste nous en assurer en faisant un toucher vaginal : après une antisepsie rigoureuse des mains, on écarte les bords de l'orifice vulvaire avec les doigts de la main gauche pour ouvrir une voie à l'index droit ; celui-ci une fois introduit, servons-nous de notre main gauche rendue libre pour saisir le cordon et le tendre, car il va servir de guide à l'index droit. Ce dernier arrive bientôt sur le placenta, dont il sent le plus souvent la face fœtale, quelfois la face utérine ou le bord. Il n'y a donc aucun doute, le délivre est dans le vagin, *il faut alors intervenir*.

Après avoir placé le siège de l'accouchée sur le bassin, la main droite saisit le cordon avec une compresse de gaze

stérilisée ou un carré de coton, et la main gauche empaume le fond de l'utérus qu'elle redresse.

En combinant l'expression à la traction (méthode française), nous verrons bientôt apparaître à l'orifice vulvaire, qui s'entr'ouve, une masse violacée, le placenta. A ce moment, suspendons les tractions et modérons l'expression pour éviter la sortie trop brusque du gâteau placentaire et la déchirure des membranes de l'œuf, qui sont encore retenues dans la cavité utérine.

III. — Le placenta sera saisi dans la main droite et soutenu, de crainte que son propre poids ne l'entraîne sans les membranes. C'est pendant cet acte qu'il faut s'armer de patience et savoir attendre ; très souvent la sortie du placenta hors de l'utérus est suivie d'une contraction énergique de cet organe, contraction qui retient les membranes. Après quelques instants, parfois plusieurs minutes, on le sent se relâcher et aussitôt on voit les membranes glisser rapidement au niveau de la fourchette et sortir tout entière de la vulve. Il faut souvent pour obtenir ce résultat accrocher l'utérus au-dessus de la symphyse et le redresser lentement.

Dans le cas où l'on craint une déchirure des membranes à cause de leur friabilité, on les tord plusieurs fois sur elles-mêmes pour constituer un cordon plus solide qui supportera mieux les tractions ; s'il y a une amorce de déchirure, il est prudent d'appliquer un fil sur le bout utérin et de sectionner en aval.

IV. — Le placenta et ses annexes sont sortis ; plaçons-les dans une cuvette et mettons-les de côté pour les examiner soigneusement dans un instant. Pour le moment nous devons nous livrer à une toilette savonneuse et à un examen de toute la région vulvaire ; la toilette sera faite en employant des tampons de coton hydrophile et un liquide antiseptique tiède ; ce nettoyage local sera suivi d'une injection vaginale chaude, 45° à 48°, et antiseptique, sublimé, lusoforme, aniodol. C'est alors seulement qu'on réparera les différents

dégâts vulvo-périnéaux rencontrés au cours de l'examen précédent. La vulve est alors recouverte d'une nappe de coton hydrophile stérilisé. Les draps et alèzes souillés sont enlevés et remplacés par des linges propres et le coton vulvaire est maintenu en place par un bandage en T.

La délivrance est terminée en fait, mais notre surveillance doit continuer à s'exercer pendant une heure au moins. Tout en nous livrant à d'autres occupations, soins à donner au nouveau-né, examen du placenta, nous ne devons pas perdre de vue la nouvelle accouchée. Revenons souvent auprès d'elle prendre son pouls, palper son utérus, qui doit rester dur et globuleux et qui ne doit pas dépasser l'ombilic, et regarder le coton, qui recouvre la vulve, et le drap sur lequel elle repose et qui doit être placé sur une toile imperméable. Ces précautions sont nécessaires, car tout danger d'hémorragie n'est pas disparu.

V. — Après s'être occupé de l'enfant, qui habillé est couché dans son berceau, on doit examiner l'arrière-faix. On apprécie son poids, sa couleur, sa consistance et l'aspect de sa face utérine, tous les renseignements, qu'on peut tirer de cet examen, ont une grande valeur. Son poids comparé à celui de fœtus peut mettre sur la piste d'une syphilis inconnue ou soupçonnée, constatation qui peut avoir son importance à propos du choix de l'allaitement ; son aspect extérieur permet de reconnaître la rétention certaine ou possible d'un ou de plusieurs cotylédons.

Les membranes doivent également être l'objet d'une inspection attentive : sont-elles complètes? Si elles ne le sont pas, quelles sont les portions retenues, caduque seule ou caduque, chorion et amnios? Chaque fois que les membranes sont incomplètes ou seulement déchirées, il faut regarder avec soin la tranche de la partie restée en contact avec le placenta pour voir s'il n'y a pas trace de vaisseaux. Ce serait là l'indication qu'avec les membranes il est resté dans la cavité utérine un cotylédon ou une masse placentaire accessoire ; ceux-ci peuvent déterminer des hémorra-

gies immédiates ou secondaires, nécessitant l'introduction de la main dans l'utérus, ou des accidents fébriles par putréfaction au cours du post-partum, commandant aussitôt un curage digital ou un curettage.

Cet examen terminé, après un dernier coup d'œil jeté sur la mère et sur l'enfant, vous pouvez vous retirer si tout est normal.

II. — Conduite a tenir au cours de la délivrance dans certains cas particuliers.

Dans le paragraphe précédent nous avons étudié la conduite à tenir au cours de la délivrance après un accouchement normal ; nous allons examiner maintenant les modifications à apporter à la technique suivant certaines circonstances.

Habituellement les membranes ne se rompent qu'au cours du travail, mais il arrive parfois que cette rupture se produise plusieurs jours avant l'accouchement, *rupture prématurée*. Il est prudent dans ce cas de faire suivre l'expulsion du fœtus d'un grand lavage antiseptique non pas de l'utérus, car en ce moment la face interne de celui-ci est encore recouverte par le placenta et les membranes, mais de la cavité de l'œuf. Un nouveau lavage sera pratiqué après la délivrance proprement dite, mais la solution antiseptique employée devra être moins forte, surtout s'il s'agit d'un liquide toxique, et la pression de l'injection plus faible.

C'est dans les cas de ce genre qu'un certain nombre d'accoucheurs font également, au point de vue prophylactique, une injection sous-cutanée du sérum anti-streptococcique de l'Institut Pasteur à la dose de 20 à 60 centimètres cubes.

Il est bien entendu que tout lavage intra-utérin doit être précédé d'une irrigation antiseptique vaginale ; l'idéal serait même après la délivrance de ne pénétrer dans la cavité utérine qu'après avoir mis la femme en position obstétricale et placé deux larges valves dans le vagin.

C'est là en effet la seule méthode permettant à la canule intra-utérine de pénétrer dans la cavité de l'organe vierge de tout micro-organisme pathogène, car chaque fois qu'elle traverse le vagin en frôlant ses parois, elle peut prendre au passage les germes, qui y séjournent d'une façon habituelle, et aller les ensemencer sur la muqueuse utérine. Or celle-ci offre à ce moment une large plaie au niveau de l'aire placentaire et par conséquent une vaste porte d'entrée pour l'infection.

Nous conseillons le même traitement intra-utérin lorsqu'on se trouve en présence d'un *fœtus mort et macéré*, surtout si les membranes se sont rompues dès le début du travail, *rupture précoce*. On se trouvera bien de suivre la même conduite dans la présentation du sommet, lorsqu'il y a eu souffrance du fœtus, manifestée par l'*écoulement d'un liquide amniotique vert*, dans les accouchements terminés par une *intervention ayant nécessité l'introduction de la main dans la cavité utérine* et particulièrement après la *basiotripsie* et l'*embryotomie*.

Dans le cas de *putréfaction fœtale* l'indication du grand lavage antiseptique intra-ovulaire et intra-utérin se pose avec plus de rigueur, de même que les injections sous-cutanées de sérum antistreptococcique qu'on répétera pendant plusieurs jours.

Dans la *grossesse gémellaire* il est d'usage de placer une double ligature sur le cordon du premier fœtus expulsé, la section portera entre les deux ligatures dont l'une reste fixée sur la portion utérine du cordon. Cette conduite est dictée par la crainte d'une circulation placentaire commune aux deux enfants. La délivrance sera faite surtout par expression une demi-heure après l'expulsion du deuxième fœtus.

Nous ne parlerons pas de la délivrance dans l'*avortement* et dans l'*accouchement prématuré ;* la technique est à peu près la même que celle que nous avons indiquée à propos de la délivrance après l'accouchement à terme. Dans l'avor-

tement, il est permis d'attendre un peu plus longtemps à moins de complications ou à moins de soupçons d'avortement criminel. Nous laisserons de côté également la délivrance dans les cas d'inversion et de rupture utérine ; c'est à la délivrance artificielle qu'il faut alors s'adresser. Nous en étudions plus loin les indications.

Dans la *grossesse molaire* se terminant en deux temps, il faut avoir la précaution pendant la délivrance de laisser le placenta sortir spontanément et de n'exercer sur lui aucune traction. Une fois expulsé, il est prudent d'introduire la main dans l'utérus pour constater s'il ne reste pas des grappes de vésicules adhérentes à la paroi et si le muscle utérin n'a pas été envahi par les villosités choriales dégénérées.

III. — Complications de la délivrance et indications de la délivrance artificielle.

La délivrance artificielle consiste à aller chercher le délivre en totalité ou en partie dans la cavité utérine. Il ne faut pas la confondre avec la délivrance manuelle dans laquelle la main va cueillir le placenta dans le canal vaginal.

Pour bien comprendre les indications de la délivrance artificielle, il est nécessaire de rappeler en quelques mots la physiologie de la délivrance normale. Ce sont en effet les complications ou les anomalies se présentant au cours de cette dernière qui commandent le plus souvent l'extraction du placenta retenu dans l'utérus.

Que se passe-t-il donc normalement ? Après l'expulsion du fœtus l'utérus est dur, *globe de sûreté*, et son fond est à peu près à hauteur de l'ombilic. Bientôt apparaissent de nouvelles contractions douloureuses (arrière-douleurs), en même temps qu'un écoulement sanguin généralement peu abondant se produit. L'utérus s'élève alors peu à peu et son fond dépasse l'ombilic, indice du passage du placenta de la cavité utérine dans le segment inférieur. Enfin l'utérus s'abaisse et son fond est au-dessous de la cicatrice ombi-

licale, le placenta étant passé du segment inférieur dans le vagin.

Pendant toute cette période l'utérus est resté dur, bien contracté et le pouls a persisté à être régulier comme nombre et comme intensité.

Tels sont les phénomènes qu'on constate dans toute délivrance normale. Certains d'entre eux peuvent manquer, et alors apparaissent des faits nouveaux qui constituent la délivrance dystocique.

L'utérus après l'expulsion du fœtus peut ne pas se contracter.

Ces cas se rencontrent lorsqu'il y a eu distension exagérée de l'utérus pendant la grossesse, hydramnios, gros œuf, grossesse multiple; cette inertie hâtive ne s'accompagne pas d'hémorragie, car le placenta n'est pas encore décollé. Il n'en est plus de même si *l'utérus se relâche après s'être contracté*: dans ce cas, il y a eu un commencement de décollement ou même décollement total, les sinus utérins, qui s'ouvrent au niveau de l'aire placentaire, sont largement béants et le sang coule, il y a *hémorragie* plus ou moins considérable.

Parfois au contraire l'utérus tout entier se contracte à un tel point qu'il emprisonne le délivre; il s'agit alors d'une véritable contracture permanente de tout le muscle utérin empêchant l'arrière-faix de quitter la cavité de l'organe. Ces faits étaient fréquents lorsqu'il était d'usage courant d'employer l'ergot de seigle pendant le travail pour faciliter, croyait-on, et pour activer l'expulsion du fœtus.

Dans d'autres circonstances, ce n'est plus le muscle entier, mais une *partie du muscle qui se contracture* et qui retient le placenta, *enchatonnement* ou *incarcération*: la délivrance normale est de ce fait rendue impossible.

Quelquefois ce sont des *adhérences*, le plus souvent pathologiques, entre l'arrière-faix et l'utérus qui entravent son décollement total ou partiel et qui sont cause d'une anomalie de la délivrance.

Enfin le placenta peut n'être expulsé qu'en partie et il y a *rétention* d'un ou de plusieurs cotylédons.

La délivrance artificielle est donc un acte d'urgence ou un acte de nécessité ; c'est un *acte d'urgence* dans les cas d'hémorragie, c'est un acte de nécessité dans l'absence de décollement ou d'expulsion et dans certains accidents du travail, rupture de l'utérus, inversion utérine ou vaginale, etc.

Dans quelques cas la délivrance artificielle n'est que le complément d'un acte opératoire, il en est ainsi au cours de la césarienne ou de la symphyséotomie.

Étudions chacune de ces indications, dont la plus importante et la plus fréquente est l'*hémorragie*. De la rapidité du diagnostic et de la rapidité de l'intervention dépend en effet la vie de l'accouchée. Le devoir de tout praticien est de ne pas quitter cette dernière pendant toute la durée de la délivrance, il doit à tout moment interroger la consistance du globe utérin par le palper, l'état de la nappe de coton placé devant la vulve et du drap sur lequel repose la femme, enfin et surtout il doit souvent prendre le pouls. En n'omettant aucune de ces précautions il évite de ne diagnostiquer l'hémorragie qu'à l'apparition des signes graves qui sont la conséquence des pertes sanguines abondantes, tendance syncopale, soif intense, besoin d'air, agitation, etc. Attendre ces symptômes c'est s'exposer à intervenir trop tard. Les hémorragies de la délivrance ne se présentent presque jamais sous le même aspect, tantôt le sang s'écoule à flot de la vulve, dans ce cas on en est toujours averti par la parturiente elle-même. Tantôt l'écoulement est moins dramatique, il est continu et, si le lit n'a pas été recouvert d'une toile imperméable, le sang peut s'infiltrer peu à peu dans le matelas en ne laissant qu'une tache de petites dimensions sur l'alèze : on a vu parfois le sang traverser matelas et sommier et tomber sur le parquet. Tantôt enfin l'hémorragie peut rester interne, la femme saigne dans son utérus qui se laisse distendre et dont le fond remonte bientôt jusqu'à l'appendice xyphoïde.

Dans tous ces cas cliniques, c'est le *pouls* qui est le meilleur agent de renseignement, il est rapide, petit, quelquefois même fuyant si la perte sanguine a été abondante; c'est lui également qui sera le meilleur guide pour fixer la conduite à tenir. S'il n'est que fréquent, mais bien frappé, on s'empresse de donner une injection vaginale ou intracervicale avec un liquide antiseptique à 48° ou 50° en même temps qu'on fait d'abord de l'expression de l'utérus pour en chasser le sang liquide ou coagulé et ensuite un massage doux et superficiel de cet organe pour en amener la contraction. Si, au contraire, le pouls est fréquent et petit, ou si l'hémorragie persiste malgré la mise en œuvre du traitement précédent, il n'y a pas à hésiter, il faut, après avoir pris rapidement toutes les précautions antiseptiques habituelles tant du côté de la parturiente que du côté de l'accoucheur, introduire la main dans l'utérus et faire la délivrance artificielle.

Cette hémorragie de la délivrance peut parfois être prévue; on devra toujours y penser dans l'*insertion du placenta sur le segment inférieur* de l'utérus, qui s'est révélée pendant la grossesse ou pendant le travail par des pertes plus ou moins abondantes.

Après l'expulsion du placenta tout danger d'hémorragie n'est pas disparu; celle-ci peut être déterminée par la *rétention d'un ou de plusieurs cotylédons*, quelquefois même d'une véritable masse placentaire, s'il s'agit d'un placenta double. L'examen du délivre doit y faire penser, car il est d'ordinaire facile de reconnaître sur la face utérine du placenta que celui-ci est incomplet ou qu'il existe des cotylédons supplémentaires; on constate en effet dans ce cas la présence de vaisseaux dans l'épaisseur des membranes, vaisseaux dont on ne trouve pas l'aboutissant.

Dans ces circonstances il est inutile de compter sur les injections chaudes, vaginales et même intra-utérines, ou sur le massage utérin; une seule intervention s'impose, l'introduction de la main dans l'utérus pour décoller et entraîner

hors de cet organe les portions du placenta qui y sont retenues. La délivrance artificielle est alors un véritable curage digital.

Dans certains accidents du travail, la *rupture utérine* diagnostiquée avant la fin de la délivrance par exemple, il faut après l'expulsion ou l'extraction du fœtus introduire la main dans la cavité utérine pour aller y chercher l'arrière-faix. Il arrive parfois que celui-ci l'a déjà abandonnée et qu'il est passé dans l'abdomen avec ou sans le fœtus, il sera alors enlevé au cours de la laparotomie que commande cet accident. L'*inversion utérine* n'est une indication de la délivrance artificielle que dans deux cas : ou bien il y a inversion incomplète avec début de décollement et par cela même hémorragie, ou bien il y a inversion complète. Dans cette dernière forme il y a avantage, une fois l'utérus refoulé dans le vagin, à décoller le placenta, même s'il est totalement adhérent, pour diminuer le volume de la masse qu'il faut réduire.

Nous aurons encore à intervenir pour d'autres raisons, moins graves en apparence. Après une heure, une heure et demie et même deux heures d'attente, *aucune contraction n'est survenue* malgré tous les moyens thérapeutiques mis en œuvre ; le fond de cet utérus impuissant est resté au même niveau, dans ce cas il n'y a aucun avantage à attendre, il faut faire la délivrance artificielle. On agira de même si le placenta est *retenu* par une *contracture* de tout l'utérus, ce qui est rare ; plus fréquente est la contracture du corps utérin seul, confondu souvent avec la contracture de l'anneau de Bandl, ou la contracture de la zone utérine limitant le point d'attache du placenta, enchatonnement, surtout lorsque celui-ci est fixé dans l'une des cornes utérines.

Dans ces différents cas la main, qui veut pénétrer dans l'intérieur de l'utérus, rencontre presque toujours de grosses difficultés, elle doit vaincre la résistance due à la contracture. Si elle ne peut y parvenir par la douceur et le temps, il ne faut pas hésiter à recourir à l'anesthésie chloroformique.

Le placenta décollé peut ne pas abandonner la cavité utérine parce qu'il est *trop volumineux*, grossesse gémellaire, gros œuf, placenta syphilitique, ou parce qu'il *existe un obstacle* qui l'empêche de descendre, fibromes, utérus double, kyste de l'ovaire, thrombus vaginal; parfois c'est simplement la distension du globe vésical, qu'un cathétérisme fait rapidement disparaître. En présence de cette dystocie de la délivrance, qu'un examen méthodique doit révéler, il ne faut pas hésiter à faire la délivrance artificielle.

Enfin, il est parfois utile de recourir à ce mode de délivrance sans attendre une indication après une intervention faite sous chloroforme, application de forceps ou version, si la parturiente est affaiblie par une affection chronique ou aiguë, par des pertes sanguines abondantes ou par un des nombreux traumatismes du travail. Ce sont les mêmes raisons qui interviennent au cours de l'opération césarienne et de la symphyséotomie pour commander la délivrance artificielle.

IV. — Examen de l'arrière-faix après la délivrance.

Une fois la délivrance terminée, qu'elle ait été naturelle ou artificielle, il faut placer l'arrière-faix dans un récipient quelconque et le mettre de côté pour l'examiner un peu plus tard. Lorsque la mère et l'enfant auront reçu les soins que nécessite leur état, il est obligatoire de passer une revue attentive de tout l'arrière-faix. Le placenta repose habituellement par sa face fœtale dans le récipient où il a été déposé, les membranes affaissées recouvrent la face utérine.

Il faut d'abord saisir ces dernières et les tendre pour reconstituer l'œuf et rechercher l'ouverture par où est passé l'enfant. Celle-ci découverte, rendez-vous compte de ses dimensions, qui doivent avoir à peu près celles de la paume de la main, et de sa situation par rapport à la masse placentaire.

Dans le cas d'insertion du placenta sur le segment infé-

rieur de l'utérus, en effet, la portion la plus déclive de l'ouverture n'est qu'à quelques centimètres du bord du placenta ; cette constatation n'a du reste qu'un intérêt rétrospectif.

Si l'ouverture des membranes ne peut être reconstituée, c'est que celles-ci ont été *déchirées*. Il peut en rester quelques fragments dans la cavité utérine et le fait doit être noté, car à la moindre alerte survenant pendant les jours qui suivent l'accouchement, élévation de température, fétidité des lochies, sensibilité de l'utérus, il sera nécessaire d'intervenir.

Il ne faut pas se contenter de cet examen en surface. La poche membraneuse se compose de trois membranes accolées qui sont dans la position envisagée (l'œuf est retourné) de dehors en dedans : l'amnios, le chorion et la caduque.

L'amnios peut être complet alors qu'une partie de la caduque et même du chorion est retenue dans la cavité utérine. Pour vous en rendre compte, redonnez à l'œuf sa forme normale, en faisant passer la masse placentaire à travers l'ouverture membraneuse, le placenta a maintenant sa face utérine en dehors et les membranes seront superposées dans l'ordre suivant en allant toujours de dehors en dedans : caduque, chorion, amnios. La surface externe de l'œuf n'est plus lisse, comme dans le cas précédent, mais tomenteuse, si la caduque recouvre partout le chorion. La caduque est-elle retenue, seule ou avec une partie du chorion, vous apercevrez une zone membraneuse transparente au milieu des portions environnantes plus ou moins opaques ?

Il arrive parfois que la totalité des membranes est restée dans l'utérus ; le placenta a été expulsé seul, le plus souvent spontanément sous l'influence d'une contraction énergique, il est *découronné*.

Chaque fois qu'il y a rétention membraneuse, il est nécessaire d'examiner avec soin la portion des membranes attenant au placenta et la tranche de la déchirure pour rechercher s'il n'existe pas des vaisseaux rampant dans l'épaisseur des

membranes et interrompus au niveau de la solution de continuité membraneuse. Faire ces constatations permet de conclure à la *rétention* d'un ou de plusieurs cotylédons accessoires auxquels se rendaient les vaisseaux déchirés, il est alors indiqué d'introduire la main dans la cavité utérine pour détacher et enlever ces cotylédons supplémentaires, source d'hémorragies immédiates ou d'accidents infectieux tardifs.

Quant au placenta, dont la surface utérine est externe lorsque l'œuf a été retourné, mettez-le à plat en le couchant sur sa face fœtale et examinez avec soin toute la face utérine. Celle-ci doit constituer un gâteau complet formé par les cotylédons accolés ; si l'un d'eux manque, on constate en un point une cupule à fond irrégulier et tomenteux. Celle-ci est bien différente de la dépression laissée par le caillot d'une hémorragie rétro-placentaire, car dans ce cas le fond de la dépression est lisse. Lorsqu'on fait couler un filet d'eau sur la région placentaire au niveau de laquelle on soupçonne la rétention d'un ou de plusieurs cotylédons, on aperçoit les villosités flottantes, qui semblent constituer une mousse très fine. Comme dans le cas précédent, la rétention d'un cotylédon impose l'introduction de la main dans la cavité utérine pour décoller et entraîner la portion du placenta qui manque.

L'examen visuel n'est pas suffisant, on doit également palper la masse placentaire, on sentira souvent des portions plus ou moins dures qui la rembourrent par place. Une incision pratiquée à leur niveau met à nu des noyaux tantôt jaunâtres, tantôt noirs, reliquats d'hémorragies anciennes ou récentes.

Enfin il est un dernier renseignement qu'il faut demander au placenta, c'est son poids. Pesez-le chaque fois que vous aurez une balance à votre disposition. Débarrassé de ses membranes et du cordon, il doit peser six fois moins que le fœtus ; à un enfant de 3.000 grammes correspond ordinairement un placenta de 500 grammes. Si la proportion est moindre qu'un sixième, soupçonnez la syphilis, et

recherchez-la, vous pourrez en tirer grand profit pour l'avenir du nouveau-né et pour les grossesses futures, comme le prouve l'observation suivante que nous résumons.

A sa troisième grossesse une femme accouche d'un enfant qui, nous dit-on, meurt pendant le travail, les deux grossesses précédentes, qui remontaient à plus de dix ans, s'étaient terminées par la naissance d'enfants vivants et bien portants à l'heure actuelle. Une quatrième grossesse survient et nous sommes chargé de la diriger ; d'après les renseignements, qui nous sont fournis par la famille, nous pensons que la mort du troisième enfant est purement accidentelle. Rien d'anormal ne survient pendant le cours de cette quatrième grossesse jusqu'au huitième mois, les urines examinées régulièrement ne présentèrent jamais la moindre trace d'albumine. Dans le courant du huitième mois les mouvements fœtaux disparaissent et l'auscultation est négative. La femme accouche prématurément à huit mois et demi d'un enfant mort et macéré, de 2.500 grammes. Le placenta expulsé spontanément est volumineux (*il pèse 1.050 grammes*), épais et blanchâtre, il présente tous les caractères d'un placenta spécifique. Les spirochètes sont recherchés avec soin, mais on n'en trouve pas la moindre trace ; nous ne tenons aucun compte de ce résultat négatif, car ce spirille est rare dans le placenta et difficile à découvrir. Une enquête sérieuse est alors pratiquée du côté de la mère et du père, mais rien ne permet de soupçonner la syphilis. Bien que nous n'ayons aucune donnée certaine, le poids et l'aspect du placenta nous font pencher vers cette affection et nous n'hésitons pas, lors d'une cinquième grossesse survenue deux ans plus tard, à instituer un traitement dès le début et pendant toute sa durée. Ce traitement a été couronné de succès, car cette femme est accouchée à terme d'un enfant bien constitué pesant 3.100 grammes, le poids du placenta étant de 500 grammes. Si une grossesse nouvelle survenait, nous prescririons de nouveau sans aucun doute le même traitement iodo-mercuriel.

DERMATOSES ET GROSSESSE

La grossesse a sur les dermatoses en général une incontestable et fâcheuse influence. Elle aggrave celles qui existaient avant elle et elle favorise l'apparition de celles qui ne s'étaient pas manifestées jusque-là.

Il existe deux affections cutanées, rares, il est vrai, mais qui reconnaissent pour cause principale, sinon unique, la gravidité; ce sont l'herpès gestationis et l'impétigo herpétiforme.

Il est de règle de voir les dermatoses chez la femme enceinte prendre une intensité plus considérable qu'en dehors de l'état gravidique, et la thérapeutique a moins de prise sur elles. Aussi est-il sage de prévenir la malade et son entourage de la persistance probable de l'affection pendant toute la durée de la gestation.

Certaines femmes n'ont des manifestations pathologiques cutanées que quand elles sont enceintes.

Nous n'avons pas à décrire ici les dermatoses banales que l'on peut observer au cours de la grossesse, car celle-ci ne leur donne pas une physionomie clinique spéciale ; nous renvoyons le lecteur aux traités de dermatologie où il trouvera tout ce qui concerne le diagnostic et le traitement de ces affections.

Nous ferons cependant une exception pour deux d'entre elles : *l'herpès gestationis* et *l'impétigo herpétiforme* qu'on ne rencontre guère que chez les femmes enceintes.

L'herpès gestationis s'observe pendant la grossesse et exceptionnellement après l'accouchement. Brocq l'a appelé dermatite polymorphe prurigineuse récidivante de la grossesse. Cette dénomination a l'avantage de rappeler les principaux caractères de cette affection. Bien que son aspect soit polymorphe, il y a un élément qui ne fait jamais défaut, c'est la bulle ; l'éruption est vésiculo-bulleuse avec mélange

d'érythème, de papules, de croûtes, de pustules. Le prurit est constant.

Cette dermatose apparaît ordinairement vers le milieu de la grossesse et se continue par poussées successives. C'est le membre supérieur qui est son siège de prédilection, mais on peut aussi l'observer sur le tronc et sur les membres inférieurs. Elle ne disparaît qu'après la grossesse. Elle se complique fréquemment d'infections secondaires qui s'inoculent par suite du grattage (lymphangites, dermite, abcès sous-cutanés, adénites, etc.).

On appelle quelquefois l'herpès gestationis dermatose gravidique autotoxique. Cette dénomination a l'avantage de rappeler la pathogénie de cette affection qui doit être considérée comme une manifestation de l'auto-intoxication gravidique. Cette notion est importante, car toute la thérapeutique en découle directement. Le traitement consiste en :

1° Repos à la chambre ou au lit ;

2° Régime lacté absolu ;

3° Laxatifs tous les jours ou purgatifs légers tous les trois jours et entéroclyse les jours intermédiaires ;

4° Grand bain d'amidon tiède d'une demi-heure tous les jours ou tous les deux jours ;

5° Lotions chaudes matin et soir avec la solution suivante :

Hydrate de chloral	10 grammes
Eau distillée	1.000 —

Saupoudrer ensuite les régions, siège du prurit, avec la poudre :

Acide salicylique	1 gramme
Poudre d'amidon	} ãã 50 —
Poudre de talc	
Oxyde de zinc	10 —

6° Si le prurit devient très pénible, faire prendre dans la journée trois cuillerées à bouche de sirop de chloral dans un peu de lait, une le matin, une l'après-midi, la troisième vers

9 heures du soir. En cas d'intolérance gastrique, donner le soir le lavement suivant qui devra être gardé :

Hydrate de chloral	2 grammes
Eau distillée, lait ou eau bouillie	100 —

L'*impétigo herpétiforme* est une dermatose extrêmement rare, qui s'observe surtout chez la femme enceinte et dans les derniers mois de la grossesse. Elle consiste en une éruption de pustules grosses comme des têtes d'épingles reposant sur une base enflammée. D'abord localisées, elles se disséminent peu à peu à toute l'étendue de la peau. Elles sont accompagnées de fièvre et d'un état général grave.

Le pronostic de cette curieuse affection est très sombre, la mort en a été la conséquence dix fois sur douze.

Cette dermatose doit être traitée comme une véritable maladie infectieuse en s'efforçant surtout de relever l'état général et de réaliser l'asepsie des surfaces cutanées envahies. En raison de son extrême rareté nous ne jugeons pas nécessaire d'entrer dans les détails de sa thérapeutique, d'ailleurs incertaine.

DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS GRAVIDE

L'utérus gravide peut se déplacer en totalité : antéversion, rétroversion, latéroversion, prolapsus ; dans certains cas la déviation est localisée au col et il en résulte des difficultés au moment du travail. Aussi ce chapitre doit-il être divisé en deux parties : les déviations du corps utérin, accompagnées le plus souvent de déviations du col et les déviations purement localisées à la portion cervicale.

I. — Déviations de l'utérus.

Les déviations de l'utérus pendant la grossesse peuvent se produire soit dans le sens latéral, soit dans le sens antéro-

postérieur. Nous nous contenterons de mentionner les déviations latérales fréquentes, mais d'ordinaire peu accusées, car elles ne troublent ni l'évolution de la grossesse, ni le travail. Il est rare que l'utérus gravide soit exactement situé sur la ligne médiane ; il est presque toujours incliné d'un côté ou de l'autre, le fond à droite. Cette dernière inclinaison doit même être considérée comme la situation normale de l'utérus pendant la grossesse.

Pour que la déviation latérale revête un caractère pathologique, il est nécessaire qu'elle soit bien prononcée. Pendant les premiers mois de la gestation, elle peut alors prêter à des confusions regrettables et faire croire à tort à une grossesse extra-utérine. Plus tard, lorsque l'utérus a acquis un volume plus considérable, elle est susceptible de provoquer par compression des troubles dans le fonctionnement des organes voisins, œdème, varices, douleurs, constipation, pyélonéphrite, etc. Au moment de l'accouchement la latéro-déviation en s'opposant à l'accommodation du fœtus détermine parfois des présentations vicieuses et crée ainsi une cause fâcheuse de dystocie.

Les déviations dans le sens antéro-postérieur sont beaucoup plus importantes à cause des accidents graves qu'elles entraînent au cours de la grossesse. Suivant que le fond de l'utérus est incliné en avant ou en arrière, on dit qu'il y a *antéversion* ou *rétroversion* (voir ces mots).

II. — Déviations du col.

Le col peut abandonner sa situation normale sous l'influence d'une déviation du corps de l'utérus, mais dans certains cas la déviation cervicale est indépendante, elle est due le plus souvent au développement exagéré d'une portion du segment inférieur de l'utérus qui refoule le col dans un sens opposé. Ce déplacement ne présente aucun intérêt pendant la grossesse, mais il n'en est pas de même pendant l'accouchement. Malgré des contractions utérines énergiques, la

dilatation ne se produit pas et le travail traîne en longueur.

Des erreurs regrettables peuvent même être commises ; le segment inférieur, qui supporte tout l'effort de la contraction, se laisse refouler et s'amincit, aussi a-t-il été pris pour la poche des eaux et perforé. Chaque fois que le col ou son orifice externe n'est pas trouvé à sa place habituelle, il faut le chercher plus profondément et toujours penser à une déviation.

La plus fréquente est la déviation postérieure, c'est donc de ce côté qu'on se dirigera d'abord ; une exploration comparative des culs-de-sac vaginaux fournira du reste des renseignements précieux sur le sens du déplacement. Le doigt sera en effet frappé par la différence de profondeur des deux culs-de-sac placés aux extrémités d'un même diamètre ; le cul-de-sac antérieur est-il effacé, le cul-de-sac postérieur est profond et c'est de ce côté qu'est situé le col. Parfois le doigt ou les deux doigts introduits dans le vagin ne seront pas assez longs pour atteindre le fond du cul-de-sac postérieur, aussi est-il nécessaire dans ce cas de pratiquer le toucher manuel.

Si la déviation est antérieure et très accusée, dilatation sacciforme du segment inférieur, on est parfois obligé de placer la parturiente dans la position genu-pectorale pour atteindre avec la main le fond du cul-de-sac.

Cette méthode d'exploration doit être mise en pratique toutes les fois qu'on ne sent pas le col dans sa situation normale, ce n'est qu'après avoir passé une revue minutieuse de toute la rigole péri-cervicale qu'il est permis de conclure à l'agglutination ou à l'oblitération du col (voir COL, DYSTOCIE).

Traitement. — La déviation reconnue, la conduite à tenir est très simple: un ou deux doigts accrochent la lèvre antérieure dans les rétro-déviations, la lèvre postérieure dans les antédéviations et attirent l'orifice cervical vers l'axe du vagin au moment d'une contraction. Le col est maintenu

dans sa nouvelle situation pendant plusieurs contractions. Il n'est pas rare de voir le travail, qui traînait en longueur, marcher très rapidement.

Si la déviation se reproduisait, il faudrait recommencer la même manœuvre et maintenir plus longtemps le col dans l'axe vaginal. Ce n'est qu'en cas de nécessité de terminer l'accouchement, qu'il faudrait recourir à la dilatation manuelle.

DIARRHÉE

La diarrhée est une complication rare de la gravidité; nous n'avons en vue dans ce chapitre ni les diarrhées, qui peuvent succéder à des phases de constipation et qui sont de véritables débâcles, ni celles qui sont déterminées par le réveil d'une entérite muco-membraneuse ou par l'absorption d'aliments indigestes. Nous n'étudions que la diarrhée reconnaissant pour cause la grossesse elle-même; elle peut dans ce cas accompagner les vomissements ou alterner avec eux, elle est alors une forme de manifestation toxique, aussi la voit-on apparaître parfois en même temps que l'œdème généralisé. On la considère alors comme un mode d'élimination des chlorures retenus en excès dans l'organisme.

Comme les vomissements, avec lesquels elle a de nombreux points de ressemblance, elle présente tous les degrés, depuis les crises diarrhéiques passagères jusqu'à la diarrhée véritablement incoercible.

Tantôt elle suit l'ingestion des aliments, le nombre de selles ne dépasse pas trois ou quatre dans les vingt-quatre heures, et l'état général paraît peu influencé; tantôt au contraire elle est beaucoup plus fréquente, elle est alors constituée par des matières glaireuses et jaunâtres ou par un liquide verdâtre ou grisâtre, souvent très fétide. Dans ce cas elle s'accompagne de troubles généraux, amaigrisse-

ment rapide, teint plombé, yeux excavés, fatigue, pouls rapide ; ces malades accusent parfois une soif extrême et une répulsion pour tous les aliments solides. Enfin des accidents fébriles viennent dans certains cas aggraver la situation.

Traitement. — La thérapeutique doit être mise en œuvre dès le début ; on commencera par désinfecter le tube digestif par des prises répétées de calomel à faible dose, 0 gr. 03 à 0 gr. 05 tous les deux jours. L'alimentation sera purement lactée, mais il arrive parfois que le lait pur ou coupé d'eau de Vichy est mal toléré par l'intestin et augmente la diarrhée; il peut être remplacé par le képhir n° 3. En cas d'insuccès, il faut alors recourir à vingt-quatre ou quarante-huit heures de diète hydrique, on prescrira ensuite des bouillies confectionnées avec du bouillon de légumes peu salé et de la farine de riz.

On a également préconisé dans certains cas les bouillons lactiques ou des préparations similaires.

Pour relever l'état général on s'adressera aux injections sous-cutanées de cacodylate de soude, d'arrhénal, d'eau de mer, de sérum artificiel à faibles doses répétées.

L'alimentation ne sera reprise qu'avec prudence, on donnera d'abord des pâtes alimentaires, des légumes secs, puis plus tard de la viande blanche, le veau excepté.

DIABÈTE

Le diabète vrai est une cause fréquente de stérilité, aussi l'influence réciproque du diabète et de la grossesse est-elle relativement peu connue, nous allons cependant chercher à l'esquisser.

I. — Action du diabète sur la gravidité.

Le diabète vrai, qu'il soit antérieur à la conception ou qu'il devienne évident au cours de la grossesse, retentit presque toujours sur la marche de cette dernière.

Elle serait interrompue dans près de la moitié des cas. L'accouchement prématuré est plus fréquent que l'expulsion du fœtus avant sa viabilité, c'est-à-dire que l'enfant court d'autant plus de risques que l'âge de la grossesse est plus avancé ; or, la quantité de sucre augmente vers le sixième mois et dans les jours qui précèdent la fin du neuvième mois, il y a donc une relation entre le taux de glucose et la mort de l'enfant. Celui-ci est tué dans l'utérus et son expulsion est secondaire ; lorsque la grossesse va jusqu'à terme, l'enfant est exposé à mourir soit pendant le travail, soit dans les heures ou les jours qui suivent sa naissance.

Le produit de conception est donc très compromis, puisque dans 41 p. 100 des cas il succombe, soit au cours de la grossesse, soit peu de temps après la naissance.

Parmi les accidents signalés, il faut citer l'hydropisie de l'amnios et l'hydrocéphalie, on peut y ajouter le volume excessif de l'enfant.

Quant à l'action du diabète sur le travail, elle semble à peu près nulle, les complications, qui peuvent survenir, ne paraissent pas dues à cette affection. La seule particularité qu'on ait notée serait une énergie moindre des contractions utérines ayant pour conséquence une durée plus longue de la période de dilatation et de la période d'expulsion. Il est possible que le muscle utérin participe à l'affaiblissement général et en particulier à l'asthénie, qui frappe tout le système musculaire.

Les suites de couches sont toujours normales lorsqu'on a soin de prendre pendant et après l'accouchement toutes les précautions antiseptiques habituelles ; il faut se rappeler, en effet, que les diabétiques sont prédisposées à l'infection, leur organisme étant un excellent milieu de culture pour tous les germes pathogènes.

La montée laiteuse ne présente aucun caractère particulier, elle est abondante, mais elle peut tarir assez rapidement, si le diabète est très intense. Il n'est pas rare cependant de constater à cette période une diminution passagère

des symptômes, la soif est moins vive, la polyurie est moins accusée, le taux du sucre est moins élevé, une partie du glucose est en effet employée par la glande mammaire et transformée en lactose. Il est même probable que si l'on cherchait à différencier les variétés de sucre contenues dans les urines pendant la lactation, on trouverait une grande quantité de lactose à côté du glucose.

II. — Action de la gravidité sur le diabète.

La grossesse aggrave presque toujours le diabète, que cette affection soit en pleine évolution avant la fécondation ou qu'elle ne se manifeste d'une façon évidente qu'au cours de la gravidité. L'action se fait rarement sentir dans les quatre ou cinq premiers mois, souvent même un diabète nettement caractérisé voit ses symptômes s'amender pendant cette période, mais ce n'est là qu'un calme trompeur ; car bientôt, vers le cinquième ou le sixième mois, ils se réveillent et s'accentuent rapidement, un nouveau coup de fouet semble donné par la fin de la gestation. Il en est de même pour le diabète qui apparaît pour la première fois au cours de la gravidité, qu'il soit déterminé par elle sous l'influence d'une auto-intoxication ou qu'il soit seulement mis en évidence par l'apparition de symptômes jusque-là passés inaperçus. C'est toujours à partir du sixième mois que ces derniers sortent de leur état latent et qu'ils éclatent plus ou moins brusquement. Tantôt ils se révèlent par les signes caractéristiques de l'affection : polydipsie, polyphagie, amaigrissement, polyurie, glucosurie, tantôt c'est une complication qui attire l'attention : perte de la vue, syncope, paralysie, coma. Lorsque le diabète est antérieur à la grossesse, ses manifestations s'accentuent rapidement vers le sixième mois après avoir subi le temps d'arrêt que nous avons signalé; la glucosurie devient plus abondante, la polyurie augmente, l'amaigrissement fait des progrès plus

ou moins considérables, la soif et la faim sont plus vives. Dans les derniers jours de la grossesse, en supposant que celle-ci aille à terme, la marche de l'affection est encore accélérée pour se ralentir au début des suites de couches. Lorsque les premiers symptômes n'apparaissent qu'à la fin de la gestation et restent modérés dans la suite, ils seront aggravés par une grossesse nouvelle; aussi devra-t-on toujours conseiller aux femmes franchement diabétiques d'éviter de redevenir enceintes; quand nous disons franchement diabétiques, nous entendons par là que pour conclure au diabète, il ne faut pas seulement observer de la glucosurie; celle-ci peut être physiologique; il faut qu'à la présence du sucre viennent se surajouter tous les signes déjà signalés : polyurie, polydipsie, amaigrissement, etc.

Il arrive parfois qu'une femme supporte bien plusieurs grossesses et c'est au cours d'une nouvelle gestation que les symptômes s'aggravent et marchent rapidement vers la terminaison fatale. Celle-ci semble en effet précipitée par la gravidité, car la durée moyenne de l'affection, qui en temps habituel, d'après Griesinger, est de trois à quatre ans, n'est plus que de vingt mois environ dans les cas qui ont été compliqués de grossesse. Quant au mode de terminaison, il n'a rien de particulier, c'est tantôt la cachexie, tantôt le coma, tantôt la phtisie, qui emporte la malade. Quelquefois la fin est hâtée par l'accouchement, surtout si l'état général de la parturiente était déjà mauvais; le travail est en effet pour une femme déjà épuisée un traumatisme important agissant à la fois par les efforts qu'il nécessite, par les troubles qu'il entraîne dans les systèmes circulatoire et respiratoire, et par les pertes sanguines qui l'accompagnent. Aussi a-t-on vu la mort subite ou rapide survenir dans les jours qui suivent la délivrance, mort paraissant déterminée par un véritable état de shock. Dans d'autres cas, les jours qui suivent l'accouchement sont marqués par une aggravation considérable de tous les symptômes.

Quant à l'allaitement, son action ne peut être que né-

faste, car en réalité la lactation n'est que la prolongation de l'état gravidique. Vitry, dans son travail sur la physiologie de la nourrice, a bien montré l'influence que la lactation exerce sur la résistance de l'organisme. La nutrition générale est ralentie, on constate en effet du côté du foie une altération de ses fonctions et du côté du sang une légère diminution des globules rouges et des globules blancs. Le coefficient azoturique est moins élevé, les phosphates sont éliminés en plus grande quantité et l'alcalinité du sang est moins considérable qu'à l'état normal.

En résumé, la gravidité a sur le diabète, quel que soit son début antérieur ou postérieur à la fécondation, une influence fâcheuse, elle en aggrave les symptômes, elle en abrège la durée ; aussi chaque fois qu'une grossesse apparaîtra chez une femme nettement diabétique, aura-t-on toujours le droit de porter un pronostic grave à la fois pour la mère et pour l'enfant, puisque celui-ci est exposé à être tué *in utero*, à être expulsé avant terme et même à mourir dans les jours qui suivent sa naissance.

Traitement. — Il n'existe pas de thérapeutique obstétricale proprement dite, la grossesse ne doit pas être interrompue, mais il faut instituer le traitement médical du diabète. En agissant sur cette affection, on agit par contrecoup sur la gravidité.

Le régime et l'hygiène constituent la base de ce traitement.

On interdira les aliments sucrés et féculents, les vins mousseux, la bière, le cidre, l'alcool.

On permettra comme aliments : les viandes de boucherie, la volaille, les œufs, les épinards, les artichauts, les haricots verts, les choux, les salades, les divers fromages, les fruits non sucrés, amandes, noix, noisettes, et comme boissons : l'eau, le vin rouge coupé de beaucoup d'eau, le thé et le café non sucrés.

On recommandera un exercice modéré et deux grands bains par semaine.

On ordonnera le phosphate de chaux sous la forme suivante :

Phosphate tribasique de chaux.	0 gr. 30
Carbonate de chaux	0 gr. 30
Magnésie calcinée	0 gr. 05

Pour un cachet.

Un cachet à chaque repas.

Toutes les six semaines on fera une série de dix injections sous-cutanées de cacodylate de soude.

Cacodylate de soude.	0 gr. 50
Eau stérilisée	10 cc.

Un centimètre cube tous les jours.

Au moment de l'accouchement et des suites de couches on exagérera les soins antiseptiques et on défendra l'allaitement.

DILATATION ARTIFICIELLE DU COL

L'accouchement par les voies naturelles n'est possible que si le col utérin se dilate assez pour laisser passer le fœtus ; cette dilatation se produit normalement au moment du travail sous l'action de la poche des eaux ; elle comprend deux temps bien distincts que l'on a désignés sous les noms de période d'effacement et de période de dilatation. L'effacement est l'absorption progressive de haut en bas du col par le segment inférieur ; quand il est achevé, le canal cervical n'existe plus, il est remplacé par un orifice unique à bords très minces. La dilatation proprement dite commence alors, elle consiste dans l'agrandissement progressif de l'orifice unique précité, qui, d'abord lenticulaire, acquiert en dernier lieu un diamètre de 10 centimètres environ.

Cette distinction a une importance pratique considérable, car il est toujours difficile et souvent dangereux d'ouvrir un

col non effacé, tandis qu'il est beaucoup plus aisé et moins dangereux de le dilater artificiellement lorsqu'il est complètement effacé.

La parité influe beaucoup sur la plasticité du col, celui-ci est en général très résistant chez la primipare, la répétition des accouchements le rend au contraire beaucoup plus malléable, à moins qu'ils ne l'aient balafré de cicatrices fibreuses inextensibles et friables. Enfin, après la mort, il se laisse en général dilater très facilement.

En clinique la dilatation artificielle du col peut être pratiquée :

1° avant tout début de travail comme moyen de le provoquer ;

2° au cours du travail pour hâter la terminaison de l'accouchement ;

3° post mortem pour extraire de l'utérus un enfant encore vivant.

Nous ne parlerons pas de la dilatation artificielle post-partum dans le but d'extraire un placenta incarcéré.

Nous laissons de côté le 1er paragraphe, traité au chapitre Accouchement prématuré provoqué, pour ne nous occuper que de la dilatation artificielle au cours du travail ou post mortem.

La dilatation artificielle n'est pas suffisante le plus souvent pour terminer l'accouchement, elle n'est que le prélude nécessaire d'une autre intervention : application de forceps, version, pubiotomie, etc.

La dilatation artificielle du col est indiquée :

a) Lorsque, malgré des contractions utérines régulières, la dilatation ne se produit pas ou cesse de progresser. Ces faits s'observent dans les cas où le principal agent dilatateur, la poche des eaux, n'existe pas par suite de la rupture prématurée ou précoce des membranes, mais il faut en outre que rien ne puisse venir suppléer la poche des eaux absente, et l'on sait que cette suppléance peut être effectuée par la présentation elle-même, lorsqu'elle appuie bien sur les bords de

l'orifice du col, ou, à défaut de la présentation, par la bosse séro-sanguine qui se développe sur elle.

La présentation de l'épaule, les bassins viciés avec présentation du sommet ou de la face n'arrivant pas à s'engager, les obstructions pelviennes par tumeurs utérines ou juxta-utérines, telles sont les causes les plus communes de la non-dilatation du col lorsque la poche des eaux manque; il faut y ajouter les grossesses multiples et l'excès de volume partiel ou total du fœtus.

b) Lorsque la mère est menacée d'une complication dangereuse.

c) Lorsque le fœtus souffre.

Ces deux derniers paragraphes peuvent être fréquemment fusionnés, car on voit souvent le fœtus menacé en même temps que l'organisme maternel est en danger.

Sous cette réserve, citons les indications suivantes :

Le *placenta inséré* vicieusement, lorsque l'hémorragie persiste malgré la rupture large des membranes et que le pouls de la mère atteint ou dépasse 100, en l'absence de toute autre cause capable de produire de la tachycardie.

Le *décollement prématuré du placenta normalement inséré*, à condition que l'orifice cervical ait conservé une souplesse suffisante pour se laisser dilater, ce qui n'est pas toujours le cas.

Les *cardiopathies avec asystolie*, lorsque la mère paraît courir, du fait du travail, de graves dangers.

D'une manière plus générale *les états asphyxiques*, quelle qu'en soit la cause.

L'*éclampsie* ne doit plus être considérée comme une indication de dilatation artificielle du col, car ces manœuvres peuvent provoquer des crises éclamptiques.

Signalons enfin la procidence du cordon.

Manuel opératoire. — Si, comme nous l'avons dit précédemment, nous laissons de côté la dilatation artificielle comme moyen de provoquer l'accouchement pour ne nous occuper que des cas où le travail est déjà commencé, nous

voyons que cette intervention peut avoir suivant les cas ou une durée prolongée, véritable imitation de la dilatation lente et progressive du travail normal, ou au contraire une durée abrégée et un caractère de moyenne, de grande ou d'extrême urgence.

En résumé, suivant les cas, c'est par heures ou par minutes que se mesure le degré d'urgence de la dilatation artificielle, qui doit être tantôt lente, tantôt rapide. A ces deux variétés correspondent deux méthodes : les ballons pour la dilatation lente, les doigts pour la dilatation rapide. Nous rejetons délibérément l'emploi des autres procédés, notamment l'usage des dilatateurs métalliques de Tarnier, de Bossi, etc. ; tous sont dangereux et les succès que l'on a pu leur attribuer ne suffisent pas à faire oublier les désastres qui leur sont imputables.

Les ballons. — Parmi les nombreux types de ballons qui existent, nous n'en retiendrons que deux : le ballon de Champetier de Ribes et le ballon de Boissard. Le premier a la forme d'une cône, le second celle d'un fond d'artichaut. Le premier a un inconvénient incontestable, celui de trop soulever la présentation, d'où possibilité de présentations transversales et surtout de procidences. Nous recommandons l'emploi du ballon de Champetier jusqu'au n° 6 inclusivement ; au-dessus de ce calibre nous préférerions le ballon de Boissard à celui de Champetier sans pourtant rejeter entièrement l'usage de ce dernier.

Les ballons coniques de Champetier sont numérotés de 1 à 10, chiffres qui indiquent le diamètre de leur base exprimé en centimètres, le dernier correspond à la dilatation complète.

Pour les introduire on se sert d'une pince porte-ballon dont les deux branches peuvent se désarticuler aisément une fois l'appareil mis en place, ce qui permet de les enlever facilement sans déplacer le ballon.

Pour les remplir on peut se servir de seringues pour les petits et moyens modèles, mais pour les gros modèles il est

commode d'employer simplement un bock à injection, pourvu que son tuyau de caoutchouc permette de l'élever à 1 m. 50 au-dessus de la patiente. On obtient ainsi la distension complète du ballon sans risquer de le crever. On ne doit se servir que d'eau bouillie pour le gonflement.

Le gros ballon de Boissard se pose comme un ballon de Champetier, mais, quand il est presque complètement gonflé, il faut avoir soin de tirer sur la ficelle destinée à déprimer le fond jusqu'au trait noir qu'elle porte.

Il est facile de placer un ballon, mais il ne faut pas craindre d'y voir clair, et il vaut mieux faire cette petite opération sous le contrôle direct de la vue en s'aidant d'un spéculum de Colin, si l'on est seul, de larges valves si l'on a un aide à sa disposition. Cette méthode est bien préférable à l'introduction pratiquée en se guidant par le toucher. Il est indispensable, dans tous les cas où la dilatation est inférieure à un franc, d'avoir sous la main un jeu complet de bougies de Hégar qui serviront à frayer la route au ballon.

Avant de se servir d'un ballon, il faut d'abord le gonfler avec de l'eau bouillie, ce qui permet de s'assurer de son intégrité et de sa capacité ; ensuite on le stérilise par une ébullition de dix minutes dans de l'eau après l'avoir enveloppé dans une compresse de toile. Il est alors prêt à être employé. Il ne reste plus qu'à le placer dans la pince ; pour cela on le roule en forme de cigare aussi serré que possible, on le saisit entre les mors excavés de l'instrument en ayant soin que l'extrémité dépasse un peu celle des mors et on serre cran par cran de façon à faire un tout solide qu'on lubrifie soit avec du savon, soit avec de la glycérine à l'exclusion de vaseline qui attaque le caoutchouc.

Les voies génitales sont aseptisées comme d'habitude.

Pour pénétrer dans l'utérus on est en général gêné par la présentation sur laquelle la pince montée vient buter ; l'obstacle peut être contourné de la façon suivante : on saisit avec une pince de Museux *la lèvre postérieure* du col,

et on introduit la pince porte-ballon dans le vagin, mais à l'envers, c'est-à-dire sa concavité regardant le sacrum, on pénètre dans l'orifice utérin et, la pince toujours dirigée en arrière, on la glisse doucement sans aucun effort entre la présentation et le segment inférieur. Dès qu'on la sent pénétrer librement, on retourne doucement la pince de manière à placer la concavité en avant. Pour que le ballon tienne bien, il faut que les deux tiers des mors de la pince aient pénétré dans l'utérus, on peut alors commencer à le gonfler.

Avant de gonfler on lâche les crans sans ouvrir la pince, puis l'on pousse doucement l'injection, le ballon se déroule, grossit, écarte les mors qui l'enserrent. Quand le gonflement est presque terminé, on désarticule la pince en l'ouvrant le plus possible et on ne retire les branches l'une après l'autre qu'au moment où le ballon est assez distendu pour ne plus pouvoir franchir l'orifice utérin. Il ne reste qu'à compléter le gonflement en se guidant soit sur la capacité connue du ballon, soit sur la sensation de résistance que l'on éprouve en poussant le piston de la seringue ou encore sur la sensation de tension que donne le tube du ballon. Il est préférable du reste de laisser ce dernier un peu flasque que de trop le gonfler, l'expérience a montré que dans le premier cas il remplit mieux son rôle de poche des eaux artificielle. Pour que l'eau ne s'écoule pas, il suffit de fermer le robinet qui existe sur les gros modèles ou de mettre sur le tube des moyen et petit modèles une pince à forcipressure.

Le ballon une fois mis en place produit un double effet : il provoque ou excite par sa présence les contractions utérines, et il remplace la poche des eaux absente grâce à se forme conique, car il pénètre dans le col de dedans en dehors et agit à la manière d'un coin sur tout le pourtour de l'orifice.

Lorsqu'on veut obtenir une dilatation complète à l'aide des ballons de Champetier, il faut introduire le n° 10 ou au

moins le n° 9, mais, pour pouvoir en placer un aussi volumineux, il faut que l'orifice ait déjà atteint les dimensions d'une pièce de 2 francs au moins. Aussi est-il nécessaire, si ce degré de dilatation n'a pas été obtenu, de commencer par la pose d'un ballon n° 3 ou 4 par exemple. Comme nous l'avons dit plus haut, le gros ballon de Boissard se pose suivant les mêmes règles que celui de Champetier, la seule différence consiste dans la manœuvre suivante : après avoir gonflé le ballon à moitié, il faut tirer sur le fil qui passe dans le tube et sert à déprimer en cupule la face supérieure. Un trait de repère noir indique le moment où cette cupule est suffisamment formée. Il reste alors à terminer le gonflement et à mettre sur le tube une pince à forci-pressure qui empêche l'eau de sortir et le fil de remonter.

Une fois le ballon mis en place, il n'y a plus qu'à attendre. Cette attente se prolonge parfois très longtemps, ce qui n'est pas sans inconvénients, car pendant ce temps il peut se produire de l'infection amniotique, des modifications des bruits du cœur fœtal, etc.

Pour y remédier on a cherché (Varnier) à rendre la dilatation plus rapide en exerçant des tractions soutenues sans violence sur le tube du ballon, en même temps on le dégonfle partiellement pour lui permettre de s'engager dans le col jusqu'en un point voisin de son plus grand diamètre et on le regonfle alors doucement en maintenant fermement le tube pour l'empêcher de remonter. On peut arriver par ce procédé à obtenir une dilatation complète en un temps relativement court.

La dilatation manuelle. — Tous ces moyens sont insuffisants en cas d'urgence, lorsque la vie de la mère ou celle de l'enfant est en danger. C'est alors à la dilatation manuelle méthodiquement rapide (Bonnaire) qu'il faut recourir, avec le secours de l'anesthésie générale, sauf contre-indication formelle.

Supposons que la dilatation initiale soit lenticulaire,

on commence par introduire la pulpe de l'index dans l'orifice en poussant doucement et en exécutant des mouvements de rotation sur place et de massage excentrique, le cercle s'agrandit et bientôt on peut introduire le médius à côte de l'index, puis un troisième doigt, pouce ou annulaire suivant le cas. Lorsque les bords de l'orifice paraissent suffisamment assouplis par ces manœuvres faites sans brutalité ni précipitation, on place dans le col les deux index accolés par leur face dorsale, puis, fléchissant les phalangettes et les phalangines, on tend fortement les bords de l'anneau en déplaçant fréquemment les doigts pour agir successivement sur tous les points de sa circonférence.

Dès que cela est possible, on introduit les deux médius, puis les deux annulaires si cela paraît utile, et on peut arriver ainsi à une dilatation complète ou suffisante pour terminer l'accouchement.

Cette méthode peut rendre de grands services à la condition d'être appliquée sans violence et sans brusquerie. La pulpe des doigts surveille à chaque instant les modifications obtenues et du même coup corrige ce que la force déployée peut avoir d'excessif ou au contraire d'insuffisant. Ce n'est donc point un procédé aveugle.

Cependant on a signalé à la suite de son emploi des déchirures du segment inférieur, mais c'est là un reproche qu'on peut adresser à toutes les méthodes de dilatation, même aux ballons, il ne saurait suffire à nous détourner de ce précieux moyen d'action, il a fait ses preuves et dans beaucoup de cas rien ne saurait le remplacer.

C'est par la même méthode que l'on peut après la mort de la femme enceinte extraire un enfant qui vit encore, la dilatation est alors très facile en général et, dans le cas où elle échouerait, il resterait la ressource de l'opération césarienne post mortem, elle a sur cette dernière l'avantage d'être plus facile à faire accepter aux familles et d'être inoffensive si la mort n'est qu'apparente.

En terminant nous devons insister sur ce point que la dilatation artificielle du col n'est pas un procédé de choix, c'est une opération qui, sous des apparences anodines, peut avoir des conséquences graves (rupture utérine, infection). Il ne faut l'entreprendre qu'à bon escient, lorsque le col a une plasticité suffisante et ne présente ni altération pathologique ni sclérose cicatricielle, sous peine de courir au-devant d'un désastre.

DILATATION DU COL (MODIFICATIONS DANS LA)

La dilatation du col est un phénomène du travail, qui succède à l'effacement; c'est un acte passif dont l'agent actif est la contraction utérine. Celle-ci est obligée d'avoir recours à un intermédiaire, qui normalement doit être la poche des eaux, mais qui est parfois représenté par la présentation fœtale.

Toute anomalie de situation du col, toute perversion dans les contractions de l'utérus, toute modification de l'agent de transmission, tension des membranes, rupture de la poche des eaux avec élévation de la présentation, sont autant de causes capables d'entraver la marche de la dilatation et parfois même de déterminer des modifications anatomiques du col. Ce sont ces troubles du travail que nous allons passer en revue.

L'arrêt de la dilatation peut tenir à des causes multiples absolument dissemblables et réclamant par conséquent des méthodes thérapeutiques différentes. Nous rangerons dans un même paragraphe tous les cas dans lesquels la dilatation ne progresse plus, bien que le tissu cervical ne soit le siège d'aucune altération, dans un autre nous passerons en revue les modifications anatomiques qui peuvent survenir au cours du travail et en modifier la marche : rigidité secondaire du col. Quant à la dystocie du col déterminée par une lésion de cet organe antérieure à l'accouchement,

rigidité primitive ou *pathologique*, nous l'avons étudiée à l'article Col (Dystocie).

I. — De l'état stationnaire de la dilatation sans modifications anatomiques.

Si nous laissons de côté pour le moment l'inertie utérine, qui s'accompagne fatalement d'un arrêt du travail, nous allons rencontrer un certain nombre de causes qui déterminent un état stationnaire de la dilatation malgré des contractions utérines énergiques. Le col, qui s'est normalement effacé, puis dilaté, peut avoir acquis les dimensions d'une pièce de 2 francs ou de 5 francs et deux heures plus tard on est surpris de constater qu'aucun changement ne s'est produit, bien qu'encore une fois l'utérus ait continué à se contracter normalement.

En présence d'un cas de ce genre on doit chercher à en découvrir la raison, d'autant plus que reconnaître la cause c'est du même coup le plus souvent trouver la thérapeutique à mettre en œuvre. Passons donc en revue les différentes circonstances capables d'empêcher les progrès de la dilatation.

Nous signalerons en première ligne, parce qu'elle est relativement assez fréquente, la *tension exagérée* du contenu ovulaire à laquelle il faut toujours penser. Dans un œuf normal la poche des eaux ou plutôt la partie accessible des membranes donne au toucher en dehors des contractions une sensation de mollesse, les membranes sont facilement déprimées et permettent de se rendre un compte très exact des caractères de la partie fœtale qui se présente. Dans le cas que nous envisageons au contraire, la sensation fournie par le toucher est complètement différente, les membranes sont constamment tendues et au moment d'une contraction elles ne font aucune saillie dans l'orifice cervical au-dessus duquel elles passent à la façon d'un pont. Elles sont, pour cette raison, incapables d'attaquer les bords de l'ouverture

inférieure de l'utérus pour l'agrandir, elles ne forment pas de poche des eaux, elles sont donc inutiles et il faudra les rompre. On ne rencontrera pas seulement cette tension des membranes dans l'hydramnios et dans la grossesse gémellaire, mais aussi dans une grossesse normale.

C'est en vertu d'un mécanisme semblable qu'agissent ou plutôt que n'agissent pas les membranes dans les cas *où elles manquent d'élasticité*. Cette particularité s'observe plus particulièrement dans l'insertion du placenta au niveau du segment inférieur de l'utérus. La portion des membranes voisine de la masse placentaire est habituellement épaissie et rugueuse ; il n'est pas rare en effet d'y rencontrer des cotylédons atrophiés, surtout dans la région qui recouvre le col. Ce défaut d'élasticité les empêche de se laisser refouler dans l'orifice cervical au moment des contractions, d'où insuffisance d'action et par cela même état stationnaire de la dilatation. Ces membranes donnent au doigt qui les explore une sensation particulière, ce n'est plus la tension permanente que nous avons signalée précédemment, car elles peuvent être très dépressibles, elles sont grenues et paraissent plus résistantes et plus épaisses, comme on peut s'en rendre compte en les pinçant avec deux doigts. Cette modification dans leur structure sera encore plus appréciable au moment où on les rompra, car on sera obligé de développer une force plus considérable que d'habitude pour les perforer.

Il arrive aussi que la dilatation reste stationnaire dans les cas où la *tête fœtale est très engagée* et coiffée directement par les membranes. L'extrémité céphalique bouche d'une façon tellement hermétique l'entrée du bassin que le liquide amniotique ne peut glisser entre elle et la paroi utérine.

L'accolement du chorion et de l'amnios à la tête fœtale est tellement intime qu'ils peuvent être méconnus et qu'on peut croire à la rupture des membranes, si on n'y prête grande attention. On distinguera ces dernières du cuir chevelu par les caractères suivants : au moment d'une contrac-

tion votre doigt sentira une région lisse et tendue si les membranes ne sont pas rompues, alors qu'au contraire il aura la sensation d'une paroi irrégulière qui se plisse s'il est en contact directement avec le cuir chevelu du fœtus.

Nous signalerons comme autre cause d'état stationnaire de la dilatation l'*absence de décollement des membranes* au niveau de la portion de l'utérus qui avoisine l'orifice interne du col. Pour constituer la poche des eaux il est nécessaire que les membranes se détachent de la paroi utérine dans toute la zone située au-dessus du col. Il se produit dans l'épaisseur même de la caduque un véritable clivage, qui libère le pôle inférieur de l'œuf appelé à constituer la poche amnio-choriale. Si pour des raisons multiples, hémorragie pendant la grossesse, métrite ancienne, la caduque s'est modifiée dans sa structure, ce clivage peut ne pas se produire ; la présence de ces adhérences anormales empêche le glissement des membranes nécessaire pour la formation d'une poche des eaux.

Enfin la dilatation commencée peut ne pas s'achever, s'il y a eu *rupture prématurée ou précoce des membranes*, mais il faut aussi qu'un obstacle quelconque ne permette pas la descente de la présentation. Lorsque les membranes se rompent avant la dilatation complète, la partie fœtale, qui se présente, vient habituellement se mettre en contact avec le segment inférieur, elle émet une sorte de prolongement qui s'insinue entre les bords du col, c'est la bosse séro-sanguine chargée de suppléer la poche des eaux absente ; douée de propriétés élastiques moins accusées que cette dernière, son action sera plus lente. Mais, si la présentation fœtale est retenue à une certaine distance du col par un obstacle, rétrécissement du bassin ou présence du placenta inséré sur le segment inférieur le plus souvent, la bosse séro-sanguine restera éloignée de l'orifice cervical, rien n'agira pour le dilater tant que l'extrémité fœtale sera élevée.

Les différentes causes incriminées pour expliquer l'état

stationnaire de la dilatation peuvent en réalité être réduites à une seule, *l'absence de poche des eaux,* que les membranes soient rompues ou non. Dans le plus grand nombre des cas, que nous avons envisagés, les membranes sont intactes, il est vrai, mais elles ne se laissent pas refouler au niveau de leur pôle inférieur pour s'insinuer entre les bords du col.

Si nous n'avons pas parlé de l'inertie utérine comme cause d'arrêt dans la dilatation du col c'est que le plus souvent, pour ne pas dire toujours, l'inertie n'est pas cause, mais effet. Elle est la conséquence indirecte d'un surmenage du muscle utérin, qui se trouve obligé de lutter contre un obstacle quelconque empêchant la progression du fœtus.

Traitement. — Cette étude n'offrirait qu'un intérêt médiocre, si nous n'en tirions pas des conclusions pratiques. Il ne suffit pas en effet de connaître les raisons qui entravent la dilatation, il nous faut indiquer les moyens à mettre en œuvre pour les faire disparaître. La thérapeutique de cette variété de dystocie du travail varie suivant que les membranes sont intactes ou suivant qu'elles sont rompues.

Chaque fois en effet que pour une des raisons exposées précédemment les membranes intactes sont incapables de constituer une poche des eaux et que par cela même le travail ne fait aucun progrès, *il est nécessaire de les rompre.* Cette intervention exige dans ces cas particuliers un certain nombre de précautions. Dans la tension due à l'hydramnios on introduira la main entière dans le vagin et on ne ponctionnera plus la poche amniotique au moment d'une contraction utérine, on attendra que celle-ci soit bien terminée. La perforation faite, on devra laisser la main dans la cavité vaginale pour qu'elle remplisse le rôle de barrage et qu'elle modère l'écoulement du liquide amniotique. On évitera de la sorte une évacuation trop rapide de l'œuf et par conséquent du contenu utérin, on évitera que le liquide abondant et maintenu sous pression ne s'échappe à la façon d'un torrent

entraînant tout ce qu'il rencontre sur son passage, cordon ou membre fœtal.

Il ne faut pas oublier également que, dans tous les cas où le pôle inférieur du fœtus est élevé et mobile, on doit au moment de la rupture artificielle des membranes le diriger avec la main libre dans la direction de l'entrée du bassin ; enfin on n'abandonnera la cavité vaginale qu'après l'écoulement de tout le liquide et qu'après s'être assuré qu'il ne s'est produit aucune procidence et que la présentation repose sur le détroit supérieur.

S'il n'existe qu'une simple tension des membranes, on les rompra sans difficultés en dehors d'une contraction ; il sera nécessaire de prendre les mêmes précautions que dans l'hydramnios lorsque la présentation sera élevée.

S'agit-il au contraire de membranes directement accolées à la tête fœtale, on les perforera soit en les grattant avec l'ongle, soit en les saisissant avec une longue pince à laquelle on fera subir un mouvement de torsion.

Nous avons dit que l'état stationnaire de la dilatation tenait parfois à un défaut de décollement du pôle inférieur de l'œuf, il faudra alors détruire ces adhérences en glissant le doigt à travers l'orifice du col entre les membranes et la paroi utérine. Le doigt agira à la façon d'un coupe-papier, ce clivage devra porter sur toute la zone qui entoure l'orifice cervical dans un rayon de 5 à 6 centimètres. Cette simple manœuvre suffira le plus souvent et dispensera de la rupture des membranes.

Quant à l'état stationnaire de la dilatation dû à l'absence des agents dilatateurs, poche des eaux rompue et présentation élevée, on le traitera par la substitution d'une poche des eaux artificielle, c'est-à-dire par l'introduction d'un ballon. Il est nécessaire que celui-ci ne soit pas trop volumineux pour ne pas distendre d'une façon excessive le segment inférieur et surtout pour ne pas déplacer la présentation fœtale qui pourrait être refoulé dans une fosse iliaque. A ce point de vue, c'est au ballon de Boissard qu'on accordera la préférence.

II. — De l'état stationnaire de la dilatation par rigidité secondaire du col.

C'est à tort qu'on a pris l'habitude de ranger dans un même chapitre les différentes variétés de rigidité du col. Les unes en effet sont antérieures à l'accouchement, elles sont dues à des processus pathologiques développés dans le tissu cervical, néoplasme, sclérose, syphilis, etc. ; elles sont donc primitives. D'autres au contraire se produisent au cours du travail, elles sont secondaires, mais passagères, c'est-à-dire qu'elles peuvent disparaître au cours même du travail soit spontanément, soit sous l'influence de certains moyens thérapeutiques ; en tout cas, il ne restera aucune trace de leur présence après l'accouchement. C'est bien là une forme de dystocie du travail que nous étudions en ce moment, puisque les altérations constatées commencent et finissent avec lui.

Cette rigidité, caractérisée physiologiquement par la disparition de l'élasticité et de l'extensibilité du col, n'apparaît jamais au début du travail, elle se manifeste parfois, mais rarement, pendant la période d'effacement ; le plus souvent c'est au cours de la période de dilatation qu'elle se produit. Tantôt les bords, qui limitent l'orifice cervical externe, n'ont jamais perdu leur épaisseur normale, le col s'est plus ou moins péniblement effacé, mais il ne s'est jamais aminci ; tantôt, au contraire, à l'effacement total du col a succédé un amincissement de toute la portion du segment inférieur constituée par le tissu cervical, les bords de l'orifice externe sont tranchants, mais souples, la dilatation a commencé à s'effectuer très normalement. A un certain moment, celle-ci reste stationnaire, les tissus qui limitent l'orifice cervical s'épaississent et prennent une consistance spéciale, molle d'abord, indurée ensuite. Le doigt qui explore a la sensation d'une région œdématiée, œdème mou auquel succède un œdème plus accusé et par conséquent

plus résistant ; l'infiltration poussée à l'extrême donne au col une consistance empâtée qu'on a comparée à celle du *cuir bouilli* ou du *cuir imbibé de graisse*.

Cette rigidité, dénommée anatomique par les classiques, n'est pas autre chose qu'une infiltration passive du travail, infiltration soit purement séreuse, soit plus souvent séro-sanguinolente.

Ces modifications anatomiques secondaires ont été bien mises en relief par les examens microscopiques. Le liquide séreux ou sanguinolent, qui fait irruption dans le tissu cervical, en dissocie les aliments anatomiques normaux, éléments qui sont pour la plupart des fibres élastiques et des fibres conjonctives. Ainsi modifié le col perd ses qualités habituelles, il n'est plus élastique, d'où absence de dilatation, il est moins résistant, d'où déchirures fréquentes.

Cherchons maintenant les causes de cet œdème du col pour voir si on peut les éviter. On a accusé l'insuffisance des contractions utérines et on a même accordé à cette influence une place de premier ordre que nous trouvons exagérée. Il ne suffit pas en effet que l'utérus se contracte mal pour produire l'infiltration, il faut encore que les membranes soient rompues et que la présentation n'appuie pas directement sur le pôle inférieur de l'utérus. Il n'en résulte pas seulement une attaque défectueuse de l'orifice utérin, il en résulte surtout un contact plus intime entre la présentation fœtale, la tête habituellement, et une portion de la paroi utérine, puisque le liquide amniotique ne constitue plus de couche élastique interposée. D'autre part, à chaque contraction et parfois même en dehors des contractions, la portion de l'utérus en contact avec la tête fœtale se trouve comprimée entre deux régions résistantes, la présentation d'un côté, les parois du bassin d'un autre côté. Cette compression a pour conséquence une gêne dans la circulation en retour, d'où œdème séreux d'abord, séro-sanguin ensuite.

Telle est, sans aucun doute, la véritable pathogénie de

cette rigidité anatomique du col, qu'on rencontrera surtout dans les bassins peu ou très rétrécis et dans les cas où la tête est mal fléchie ou défléchie; la présentation est alors élevée et retenue loin du col, elle est par cela même dans l'impossibilité de venir remplacer le véritable agent dilatateur, la poche des eaux disparue par rupture des membranes.

Ce qui le prouve, c'est qu'après avoir assisté à la production de cette rigidité on pourra dans certains cas la voir disparaître spontanément, parfois même rapidement, si la tête descend et si elle vient remplacer la poche des eaux par la constitution d'une bosse séro-sanguine qui s'insinue dans l'orifice cervical.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, la tête fœtale peut rester constamment élevée et la rigidité ira en augmentant, des complications graves surviennent alors si on n'intervient pas : infection de l'œuf, mort du fœtus, putréfaction fœtale, quelquefois même rupture utérine, etc. Dans d'autres cas ce n'est que très tardivement que la tête s'engage, quelquefois même brusquement ; si les contractions sont énergiques, la présentation pourra vaincre le peu de résistance du col en le faisant éclater en différents points, d'où déchirures longitudinales ou obliques multiples, ou en emportant le col en totalité par déchirure circulaire.

Quant à la rigidité dite *spasmodique*, elle est caractérisée par une dilatation stationnaire, limitée par des bords minces et tendus ; le toucher est douloureux et donne une sensation de chaleur spéciale. Dans cette variété de rigidité, les membranes sont habituellement intactes et les bords de l'orifice externe sont étroitement appliqués sur elles, le plus souvent même ces dernières sont constamment tendues.

Les anciens auteurs considéraient cette rigidité comme déterminée par une contracture permanente des fibres musculaires circulaires du col. Or les travaux d'Acconci, Keiffer et Fieux nous ont démontré l'absence totale des fibres musculaires dans le col. Quelle pathogénie faut-il donc invoquer ?

Dans certains cas il s'agit d'un simple état stationnaire de la dilatation par insuffisance de l'agent dilatateur, faiblesse des contractions utérines, contracture de la totalité de l'utérus ou tension permanente des membranes. Dans d'autres cas il s'agit peut-être d'un premier degré de rigidité anatomique, c'est-à-dire d'une infiltration séreuse des tissus à son début. Enfin il est possible que la pathogénie de cette rigidité soit dans certains cas celle invoquée par Couvelaire dans une communication récente et qu'il s'agisse d'une infiltration leucocytaire, c'est-à-dire d'une véritable inflammation du tissu cervical d'origine infectieuse.

Traitement. — En présence de ces deux variétés de rigidité quelle conduite tenir?

Dans la rigidité œdémateuse, anatomique des classiques, on commencera par faire des injections chaudes (48° à 50°) vaginales ou même intra-cervicales et on attendra dans l'espoir que les contractions utérines se réveilleront, s'il s'agit d'inertie utérine, ou que la présentation élevée descendra appuyer sur le col soit en franchissant un obstacle osseux, soit en accentuant sa flexion ou sa déflexion suivant la présentation. Mais si l'œdème s'accuse, il sera nécessaire de faire quelque chose ; s'agit-il d'une tête élevée avec membranes rompues, on placera un ballon dilatateur ; est-on au contraire en présence d'une présentation engagée, il faut anesthésier la parturiente, introduire la main dans le vagin pour faire d'abord du massage du col, puis une dilatation douce et lente et terminer l'accouchement par une application de forceps. Les tractions seront exercées avec beaucoup de douceur et de prudence, car la dilatation n'est jamais complète, il reste un anneau cervical qu'il faut forcer et non pas faire éclater. Il est parfois nécessaire au cours des tractions de refouler avec les doigts de dehors en dedans le bourrelet cervical que la tête entraîne avec elle. L'accouchement terminé dans ces conditions, on doit toujours pratiquer un examen du col, car il est rare que celui-ci ne soit pas plus ou moins déchiré ; on se rendra compte du siège de la ou

des déchirures, de leur importance, de leurs irradiations possibles soit du côté du segment inférieur, soit du côté des culs-de-sac vaginaux. Chaque fois que la déchirure est plus qu'une encoche, on ne doit pas hésiter à la réparer aussitôt par des points de suture au catgut, c'est le meilleur moyen d'éviter les portes d'entrée pour l'infection, voilà pour le présent ; l'ectropion, les endocervicites, les cicatrisations vicieuses, la formation de tissu cicatriciel et les accouchements prématurés, voilà pour l'avenir.

Enfin, si la rigidité du col ne cède pas aux manœuvres précédentes, si même on juge dangereux de les pratiquer, il faut recourir aux méthodes sanglantes ; deux voies s'ouvrent à nous : la voie vaginale avec les incisions du col, et la voie abdominale avec la césarienne.

Il existe deux variétés d'incisions, les entailles multiples, préconisées par Dubois, Depaul et Tarnier, au nombre de cinq ou six et peu profondes, quelques millimètres seulement. On les pratique avec un bistouri boutonné ou avec des ciseaux guidés par un doigt glissé en dedans du col. Dührssen préfère deux incisions profondes, pratiquées latéralement et intéressant toute la portion vaginale.

Le danger de toutes ces incisions, c'est leur extension possible et facile du côté du segment inférieur, aussi à l'heure actuelle nous semble-t-il plus rationnel, chaque fois que le col est atteint de rigidité non dilatable, de recourir à la voie haute et de faire une opération césarienne, suivie d'hystérectomie s'il existe des phénomènes infectieux.

III. — Bourrelet œdémateux.

Ce ne sont pas là les seules altérations passives du travail, dans certains cas celles-ci, au lieu d'être généralisées à la totalité du col, se localisent à une portion de ce dernier. C'est habituellement la lèvre antérieure qui en est le siège, mais on peut aussi la rencontrer au niveau de la partie postérieure, cette localisation est beaucoup plus rare.

La pathogénie de cet œdème partiel du col est la même que celle que nous avons exposée précédemment ; dans l'infiltration de la lèvre antérieure, la plus fréquente, il existe toujours une compression entre deux plans résistants, la symphyse pubienne en avant, la tête fœtale en arrière, compression siégeant à quelques centimètres au-dessus des bords de l'orifice cervical. C'est au moment des contractions utérines que la pression est la plus forte. La lèvre antérieure, dont la circulation en retour est entravée, prend d'abord une consistance plus ferme, comme dans la rigidité dite anatomique, puis elle augmente peu à peu de volume au point d'acquérir l'épaisseur du pouce. Elle se présente au doigt, qui fait le toucher, sous forme d'un gros bourrelet plus ou moins empâté et résistant, qui crée un obstacle sérieux tantôt à la progression, tantôt à la rotation de la tête fœtale. Dans certains cas ce *bourrelet œdémateux* est refoulé par la présentation sur l'orifice vulvaire où il est possible d'en constater les caractères extérieurs. On verra alors au moment d'une contraction une tumeur violacée, parfois même noirâtre, apparaître à la partie supérieure de l'orifice vulvaire. Le tissu cervical en effet n'est pas infiltré par de la sérosité pure comme dans l'œdème, mais par un liquide séro-sanguinolent, parfois même par du sang, il s'agit alors d'un véritable *thrombus* du col.

Chaque fois qu'au cours du travail on rencontrera cette altération de la lèvre antérieure, on ne devra pas trop compter sur sa disparition spontanée qui se produit quelquefois ; il faut au contraire lutter contre elle dès qu'on l'a constatée. Habituellement la dilatation est complète dans le reste du col, la lèvre antérieure seule persiste, et c'est elle qui par son volume met un obstacle à l'expulsion.

Traitement. — On introduira un ou deux doigts dans le vagin, l'index seul ou l'index et le médius, on les appliquera sur la partie la plus saillante de la tumeur et au moment d'une contraction on la refoulera de bas en haut pour lui faire franchir la partie la plus convexe de la tête fœtale.

Il est rare qu'on réussisse du premier coup, plusieurs manœuvres semblables sont souvent nécessaires ; à un certain moment le bourrelet disparaît brusquement, il semble attiré vers la cavité abdominale par un véritable ressort, c'est qu'on lui a fait franchir la grande circonférence de la sphère céphalique. Cette portion du col glisse alors sur le plan incliné sous-occipital pour se porter vers la nuque.

Si l'on ne diagnostique ce bourrelet que très tardivement, alors qu'il a déjà un volume considérable, on peut échouer dans les tentatives de réduction. Dans ce cas il faut pratiquer en dehors des contractions un massage léger d'abord, plus accusé ensuite de toute la masse œdématiée. Il reste enfin une dernière ressource qu'on ne mettra en pratique qu'après échec des manœuvres précédentes, ce sont les mouchetures du col avec une aiguille fine bien stérilisée.

On est assez fréquemment obligé de faire une application de forceps dans les cas de ce genre, on doit alors ne pas se contenter de tirer, car on entraînerait avec la tête fœtale et la précédant le bourrelet cervical, qui peut même se détacher du reste du col. En même temps qu'on exerce des tractions avec une main, on refoule dans le sens opposé la tumeur œdémateuse au moyen de deux doigts introduits dans le vagin et appliqués par leur face palmaire sur la tête fœtale. Ce n'est qu'après lui avoir fait franchir le culmen céphalique qu'il est possible de terminer la rotation et d'amener l'occiput sous la symphyse pubienne.

Si nous avons donné un tel développement à une question qui, en apparence, semble avoir si peu d'importance, c'est que cette modification du col est relativement assez fréquente et qu'en retardant la période d'expulsion elle peut déterminer des troubles du côté du fœtus, et de l'épuisement du côté de la mère. Elle constitue une des indications de l'application de forceps.

IV. — Infiltration du col et du segment inférieur.

Nous signalerons enfin une lésion rare, qui peut être un obstacle à l'expulsion du fœtus dans un cas où il est cependant nécessaire d'évacuer rapidement l'utérus : il s'agit de cette induration particulière du col et du segment inférieur qui se produit parfois dans l'hémorragie rétro-placentaire. Cet accident est surtout l'apanage des albuminuriques (11 sur 13), mais elle peut aussi être due, au moment du travail tout au moins, à la brièveté naturelle ou accidentelle du cordon, au décollement du placenta inséré en bas et en avant et entraîné par la tête fœtale qui le comprime contre le plan résistant formé par le détroit supérieur.

En plus des symptômes caractéristiques de l'hémorragie rétro-placentaire : état de shock, rapidité du pouls, dureté ligneuse de l'utérus, on constatera parfois, au niveau du col et du segment inférieur, une consistance toute particulière, le tissu utérin semble à ce niveau infiltré et œdématié.

Bien qu'ayant rompu les membranes, aucune modification locale ne se produit et cependant l'état de la parturiente réclame une évacuation rapide de l'utérus. Essayer dans ces cas une dilatation artificielle du col, c'est aller au-devant d'un échec par suite de l'absence d'élasticité des tissus ; attendre c'est exposer la femme à la mort par rupture utérine ou par anémie aiguë. Il ne reste qu'une voie pour sauver la mère, car il n'y a plus à songer au fœtus qui est mort, c'est l'opération césarienne.

DOULEURS ABDOMINALES PENDANT LA PUERPÉRALITÉ (SÉMÉIOLOGIE DES)

Un certain nombre d'affections survenant au cours de la puerpéralité et souvent déterminées par elle débutent par une douleur plus ou moins brusque, localisée en un point

de la cavité abdominale. Dans la majorité des cas cette douleur siège à droite, et cependant son point de départ organique est très variable ; tantôt il est appendiculaire, tantôt rénal ou réno-uretéral, tantôt hépatique ou vésiculaire; il peut être aussi, mais plus rarement, intestinal, ovarien ou utérin. Localisée à gauche, le diagnostic est déjà plus limité et par cela même plus facile, car elle ne peut être que sous la dépendance soit de l'appareil urinaire, rein, bassinet ou uretère, soit du tube intestinal, soit de l'ovaire.

Pour rester sur le terrain clinique, nous diviserons cette étude en deux parties : ou bien la douleur survient pendant la grossesse, ou bien elle n'apparaît que pendant les suites de couches.

I. — Pendant la grossesse. — En présence d'une femme enceinte chez laquelle éclate brusquement une douleur plus ou moins aiguë, à quoi doit-on penser aussitôt? Les affections, qui se manifestent le plus souvent pendant la grossesse, sont par ordre de fréquence la pyélonéphrite, qui 10 fois sur 12 siège à droite, l'appendicite, la colique hépatique, la colique néphrétique, le cholécystite, la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire. Comment distinguer ces différentes maladies ? Par une étude complète des commémoratifs, par un examen local méticuleux et par le caractère des signes généraux, qui accompagnent la douleur.

La *pyélonéphrite* est caractérisée soit par une douleur diffuse, soit par une douleur aiguë, que les malades localisent surtout dans la région lombaire, mais avec irradiations en bas et en dedans du côté du pli de l'aine. L'examen doit interroger la région rénale en arrière en exerçant une pression dans l'angle costo-vertébral et en avant en déprimant la paroi au-dessous des côtes; si la grossesse n'a pas dépassé le cinquième mois, on peut également s'adresser au palper bimanuel, exploration impossible dans les derniers mois de la gravidité. C'est surtout dans le flanc, au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic et en dehors du muscle grand droit, qu'on réveille le point le plus doulou-

reux par la pression, douleur para-ombilicale ou uretérale supérieure de Bazy. Lorsqu'on pense à la pyélonéphrite, il faut également rechercher la sensibilité de la portion pelvienne des uretères, facilement accessibles par le toucher vaginal; le contact du doigt avec la terminaison vésicale de ces canaux détermine toujours dans ces cas-là une douleur plus ou moins vive qui irradie vers le rein correspondant.

Le diagnostic sera confirmé par l'examen macroscopique, chimique et microscopique des urines, qui devront être recueillies dans leur totalité pendant vingt-quatre heures, car l'émission du pus est souvent intermittente. Elles sont à peu près normales comme quantité, bien que les mictions soient plus fréquentes, surtout la nuit ; uniformément troubles, elles ont une apparence laiteuse ou sont de couleur foncée ; elles présentent parfois une teinte rougeâtre et sanguinolente; enfin, il n'est pas rare de constater une odeur fétide et repoussante. Conservées dans un bocal, le pus se dépose dans le fond en formant une couche variable comme épaisseur ; il sera recherché soit chimiquement au moyen de l'ammoniaque ou par le procédé de Muller, soit microscopiquement. Pour ne pas sortir des méthodes cliniques, nous laisserons de côté le cathétérisme des uretères et la séparation des urines des deux reins, auxquels on est parfois cependant obligé d'avoir recours pour éclaircir un diagnostic hésitant.

L'*appendicite* apparaît chez une femme ayant un passé appendiculaire connu, et dans ce cas le diagnostic est habituellement facile, ou bien elle est la première manifestation de cette affection. La douleur aiguë et subite qui marque son début est habituellement localisée à la fosse iliaque droite, mais elle peut aussi ne siéger qu'au niveau du bas-ventre ou même dans le flanc droit.

La palpation révèle de l'hyperesthésie et de la défense musculaire dans la région iliaque; quant au point de Mac Burney, il ne faut lui attacher qu'une valeur relative, car il est souvent déplacé par la présence de l'utérus gravide, et

dans ce cas il est plus élevé. Lorsqu'il existe, il n'est fréquemment appréciable qu'au bout de plusieurs jours; quelquefois même il fait complètement défaut à cause de la fréquence de la péritonite généralisée dans l'appendicite gravidique. Aussi faudra-t-il attribuer beaucoup plus d'importance pour étayer le diagnostic, et celui-ci a besoin d'être fait hâtivement, au cortège des signes généraux accompagnant la douleur : état nauséeux, vomissements alimentaires ou muqueux, facies grippé, pouls faible et rapide, 100 à 120 pulsations à la minute, alors que la température est normale ou peu élevée, 38° à 38°,5. Il n'est pas rare de constater également, surtout dans les formes graves fréquentes pendant la grossesse, des frissons répétés et du tympanisme abdominal.

La *colique hépatique* apparaît trois ou quatre heures après un repas sous forme de douleur aiguë et brusque, siégeant dans l'hypocondre droit, mais irradiant vers l'épaule droite et vers l'extrémité inférieure de l'omoplate du même côté, quelquefois aussi vers le creux épigastrique et vers l'ombilic.

Dans les cas bien caractérisés, le tableau classique ne permet guère d'hésiter sur le diagnostic : la malade pousse des cris perçants, elle s'agite, repousse les personnes qui l'approchent, elle se plie en deux, cherchant une position qui lui procure quelque soulagement.

En même temps surviennent des vomissements alimentaires, puis bilieux et quelquefois du hoquet. Si, au moment d'une accalmie, car les douleurs sont paroxystiques, on cherche à localiser la douleur, on constate qu'elle siège dans l'hypocondre droit, avec quelquefois un maximum d'intensité au niveau du point d'intersection du muscle droit avec la dixième côte.

La *cholécystite gravidique,* qui ne vient guère compliquer la grossesse que dans ses derniers mois, débute brusquement, parfois au milieu du sommeil, par une douleur aiguë siégeant dans l'hypocondre et dans le flanc droit avec

irradiations dans tout l'abdomen ; cette douleur est accompagnée de nausées, de vomissements et souvent de frissons et de fièvre.

C'est surtout grâce à un examen méthodique de l'abdomen qu'on peut établir le diagnostic, examen rendu difficile par la présence de l'utérus gravide et par le ballonnement qui survient presque toujours. La palpation réveille ou exagère la douleur dans une région limitée en haut par le rebord costal, en bas par la crête iliaque et en dedans par le bord droit de l'utérus.

Dès que la main qui palpe appuie sur cette zone, les muscles abdominaux se contractent (défense musculaire) ; la pression au niveau d'un point situé à l'intersection du muscle grand droit et de la dixième côte détermine une douleur très aiguë qui arrache un cri à la malade ; de ce point la douleur irradie vers l'épigastre. Lorsque les muscles de la paroi abdominale ne sont pas trop fortement contractés, on peut sentir une tumeur allongée dans le sens vertical, à contour irrégulier, ovoïde, qui se continue en haut avec le foie.

Dans la *colique néphrétique* la douleur est lombaire et irradie de haut en bas et de dehors en dedans du côté des organes génitaux externes. Le cortège symptomatique est aussi accusé que dans la colique hépatique, mais il s'atténue d'ordinaire plus rapidement ; les urines sont peu abondantes et elles sont sanguinolentes ou boueuses.

Lorsque la douleur est due à une *occlusion intestinale*, affection relativement rare pendant la grossesse, on constate en même temps des vomissements et l'absence d'émission de matières fécales et de gaz ; le ventre est anormalement développé, sa forme est irrégulière, le flanc et l'hypocondre gauches font une saillie appréciable.

Les symptômes généraux tiennent une place importante : le facies présente une teinte terreuse, les traits sont tirés, les yeux sont enfoncés dans les orbites, les narines sont pincées ; la langue est sèche et râpeuse, l'haleine est fétide ;

la peau est froide, ridée et souvent recouverte de sueurs abondantes ; la température est le plus souvent au-dessous de la normale alors que le pouls est fréquent et mal frappé. Cette dissociation entre le pouls et la température est un signe capital dans l'établissement du diagnostic.

D'après les statistiques établies dans ces dernières années, la *torsion du pédicule des kystes de l'ovaire* est plus fréquente à droite qu'à gauche. La douleur est brusque et vive au point de provoquer souvent une syncope, en même temps on voit apparaître des vomissements alimentaires ou bilieux, de la dyspnée, un pouls rapide, petit et filiforme (100 à 130 pulsations), de la constipation avec météorisme. Parfois la tumeur est nettement perceptible à la vue, mais c'est surtout le palper combiné au toucher qui révèle deux tumeurs, l'une médiane ou déjetée latéralement, contractile, dont le volume est en rapport avec l'âge de la grossesse, c'est l'utérus ; l'autre latérale, plus ou moins régulière, de volume variable, ordinairement peu mobile, mais douloureuse, c'est le kyste. Certains *fibromes sous-péritonéaux* peuvent au cours de la grossesse subir les mêmes phénomènes de torsion, mais à cause de leur rareté d'une part, de leur consistance d'autre part, ils sont le plus souvent pris pour des kystes ovariques à pédicule tordu.

Au début de la gravidité il existe une affection qui se manifeste également par une douleur subite et aiguë, c'est la *rupture d'une grossesse extra-utérine* qui présente avec la plupart des affections précédentes, appendicite, pyélonéphrite, etc., des symptômes péritonéaux communs, mais il existe ici des signes d'hémorragie interne qui lui sont propres : pâleur, petitesse et fréquence du pouls, refroidissement, souvent même collapsus.

Le *décollement prématuré du placenta normalement inséré* s'accompagne souvent d'une douleur vive dans l'abdomen, accompagnée d'agitation, de tendance syncopale et et même de lipothymies, de petitesse et de fréquence du pouls ; mais l'utérus, qui s'est accru rapidement de volume,

présente toujours une consistance dure et ligneuse, caractéristique.

La plupart des maladies, qui débutent par une douleur abdominale aiguë, peuvent se manifester pour la première fois ou réapparaître au moment de l'accouchement. C'est grâce à un examen clinique sévère qu'on ne les confondra pas avec les accidents qu'on est habitué de rencontrer le plus souvent pendant cette période de la gestation et en particulier avec la *rupture de l'utérus*. Celle-ci se voit surtout dans les cas de dystocie pelvienne ou fœtale, de préférence chez les multipares, elle s'accompagne d'une disparition brusque des contractions utérines, d'une modification de forme de l'organe, de l'ascension ou même de la disparition de la partie fœtale qui se présentait, et enfin d'un état général rapidement grave : pouls petit et fréquent, altération du facies, écoulement sanguin plus ou moins abondant. C'est également pendant le travail que peut se produire *un décollement du placenta normalement inséré*, dont nous avons déjà indiqué les principaux signes.

II. — Pendant les suites de couches.

On peut voir apparaître pendant cette période toutes les affections que nous avons décrites pendant la grossesse; c'est par une analyse serrée des symptômes et par un examen local méticuleux qu'on évitera de confondre ces différents accidents avec une des manifestations abdominales de l'*infection puerpérale*. Dans ce cas, la douleur siège au niveau de l'utérus et particulièrement au niveau des cornes et des bords, cet organe reste volumineux et mou. Cet examen sera complété par celui des lochies, dont l'aspect et l'odeur ont une grande importance, et même par une exploration digitale de sa cavité.

DYSPNÉE

La dyspnée est une complication relativement assez fréquente au cours de la grossesse ; elle est tantôt d'origine mécanique, tantôt d'origine toxique et par conséquent gravidique, tantôt d'origine organique.

La *dyspnée mécanique* s'observe souvent à la fin de la grossesse chez les femmes de petite taille, chez celles qui présentent des déformations de la colonne vertébrale, lordose, cyphose, scoliose, enfin chez celles qui ont un développement exagéré de l'abdomen, gros œuf, hydramnios, grossesse multiple, tumeur abdominale compliquant un utérus gravide. Elle est due à la gêne qu'éprouve le diaphragme pour s'abaisser et par cela même à l'insuffisance des mouvements respiratoires.

La *dyspnée toxique* est déterminée par l'action des toxines en circulation dans le sang sur les nerfs du poumon ou sur les centres bulbaires. Elle peut se manifester à toutes les périodes de la gravidité, parfois même à ses débuts ; rarement isolée, elle complique le plus souvent d'autres manifestations de l'auto-intoxication gravidique. Cette variété de dyspnée est très améliorée par le traitement classique de l'auto-intoxication : régime blanc déchloruré, régime végétarien, régime lacté, évacuations intestinales au moyen de laxatifs répétés, etc.

Quant à la *dyspnée organique*, on la rencontre dans les affections rénales, albuminurie, urémie, éclampsie, dans les affections pulmonaires, œdème aigu du poumon, tuberculose à forme pseudo-asthmatique, asthme vrai, et dans les cardiopathies. C'est par un examen clinique général et local et par les renseignements obtenus de la malade ou de son entourage qu'on pourra porter un diagnostic étiologique des accidents dyspnéiques.

Ceux-ci prennent parfois une telle intensité qu'ils déterminent des contractions utérines suivies d'avortement ou

d'accouchement prématuré, ou qu'ils nécessitent l'interruption provoquée de la grossesse soit pour sauver la mère, soit seulement pour sauver l'enfant. Son traitement général est celui que nous avons esquissé à propos de l'œdème toxique. Au point de vue local on pourra soulager la malade en appliquant des ventouses sèches ou scarifiées sur la région thoracique, en lui faisant respirer de l'oxygène et parfois en pratiquant une saignée.

DYSTOCIE

La dystocie est l'étude des difficultés qui peuvent survenir au cours de l'accouchement. Nombreuses sont les causes capables d'empêcher l'expulsion du fœtus, les unes sont purement d'origine maternelle, *dystocie maternelle*, les autres sont constituées uniquement par le fœtus, *dystocie fœtale ;* rares sont celles qui sont provoquées par le placenta ou les autres annexes fœtales, *dystocie annexielle.*

La dystocie maternelle est la plus importante, elle peut être due soit au bassin, dystocie pelvienne, soit aux parties molles : utérus, vagin, vulve, organes voisins.

La dystocie fœtale comprend surtout les présentations vicieuses et les malformations fœtales.

Quant à la dystocie annexielle elle est peu fréquente, car nous ne comprenons pas dans l'étude de la dystocie les accidents qui se produisent au cours de l'accouchement sans entraver la progression normale du fœtus.

ÉCLAMPTIQUES (CRISES)

Les accidents nerveux, qu'on décrit sous le nom d'éclampsie puerpérale, sont sans aucun doute la manifestation la plus grave de l'auto-intoxication gravidique. Cette variété d'intoxication n'est pas la seule qui soit capable de donner

naissance à ce syndrome, car on ne le rencontre pas seulement pendant la grossesse, on le voit survenir également au cours du travail et pendant la période des suites de couches. Elle reconnaît alors une autre pathogénie dont nous ne nous occuperons pas pour le moment.

Clinique. — Sa fréquence, établie au moyen des différentes statistiques françaises et étrangères publiées dans ces dernières années, est d'environ 1 cas sur 250 grossesses. Elle a certainement diminué depuis qu'on connaît mieux sa pathogénie et qu'on met en pratique le traitement de l'auto-intoxication dès que celle-ci apparaît. Il est rare en effet que l'éclampsie en soit la première manifestation, elle est presque toujours précédée d'autres troubles : vomissements graves, ptyalisme et surtout albuminurie ; celle-ci se rencontre si fréquemment dans les affections qui précèdent ces accidents nerveux, qu'on avait pendant fort longtemps fait de l'éclampsie une complication de l'albuminurie. Il est reconnu actuellement que cette dernière peut manquer ; nombreuses sont les observations publiées d'accès éclamptiques survenus sans que les urines aient renfermé la moindre trace d'albumine.

L'affection apparaît le plus souvent pendant la grossesse, particulièrement pendant les deux derniers mois ; elle peut également éclater pendant le travail et pendant les suites de couches, habituellement au cours de la première semaine.

Les accès d'éclampsie ont bien rarement un début brusque, ils sont d'ordinaire précédés de signes précurseurs. L'albuminurie vient en premier lieu, la quantité d'albumine varie de quelques centigrammes à plusieurs grammes, tantôt elle existe depuis un temps plus ou moins long, tantôt elle n'apparaît que dans les jours et parfois même que dans les heures qui précèdent les crises convulsives. Il est habituel également de constater pendant cette période une diminution notable de la sécrétion urinaire. Enfin les urines renferment fréquemment des peptones, des pigments biliaires, de l'urobiline et de l'indican ; quant à leur toxicité

elle est toujours diminuée, mais nous ne croyons pas devoir insister sur ce symptôme qu'il est difficile de rechercher en clinique.

Les véritables *signes prémonitoires* sont représentés par une céphalalgie frontale accusée et tenace, par une douleur aiguë au niveau du creux épigastrique accompagnée souvent de vomissements, par des phénomènes nerveux, agitation ou somnolence, par des troubles oculaires, amblyopie ou diplopie pouvant aller jusqu'à la cécité complète, et enfin par des troubles respiratoires d'origine dyspnéique. C'est à la réunion de ces différents signes qu'on a donné le nom d'éclampsisme ; il arrive parfois que ces troubles sont les seuls qui se produisent, soit parce que les toxines contenues dans le sang sont relativement peu abondantes, soit parce qu'un traitement énergique a été rapidement mis en œuvre et qu'il a enrayé l'évolution de l'affection.

Il existe un signe, qui a été récemment mis en valeur et dont l'importance est considérable, c'est l'élévation de la pression sanguine, il n'est pas rare de la voir atteindre 18 et 20 au sphygmomanomètre de Potain.

Enfin, dans certains cas et particulièrement dans l'éclampsie du travail, les crises peuvent apparaître brusquement, n'ayant été précédées d'aucun prodrome clinique; nous ne parlons pas de l'hypertension qui est constante pendant cette période. L'un de nous a attiré l'attention sur cette forme qui semble avoir une pathogénie spéciale, bien différente de la pathogénie des accès éclamptiques de la grossesse.

La crise se compose le plus habituellement de trois phases qui se succèdent rapidement. La première, généralement assez courte au point de passer souvent inaperçue, est caractérisée par des contractions des muscles du visage qui prend un aspect grimaçant, en même temps que la tête est animée d'un mouvement de balancement latéral et que les yeux regardent fixement en haut. C'est pendant cette période que la langue est projetée hors de la cavité buccale.

Puis très rapidement survient la deuxième phase ou phase de convulsions cloniques, dont la durée ne dépasse pas une demi-minute. Sous l'influence d'une contracture musculaire généralisée, qui arrête la respiration, le corps se raidit et le facies immobile prend un aspect apoplectique ; la tête s'incline du côté gauche, la langue, saisie entre les maxillaires, est plus ou moins mordue, le sang provenant de cette blessure colore alors en rose l'écume qui s'échappe de la bouche; les membres supérieurs sont en pronation, les doigts repliés sur le pouce qui est enfermé dans le creux de la main. Cette période est la plus grave et la plus dangereuse, l'arrêt de la respiration peut en effet déterminer la mort, s'il se prolonge trop longtemps.

Au tonus généralisé succèdent les convulsions cloniques de la totalité du corps, qui est agité de secousses plus accusées en général au niveau des membres supérieurs, de la face et du cou, mais dans certains cas elles sont d'une telle violence que la malade est projetée hors de son lit. Pendant cette période, la respiration est courte, mais fréquente, elle est bruyante et chaque expiration chasse de la bouche une véritable mousse sanguinolente ; sa durée varie entre quelques secondes et plusieurs minutes.

A cet accès succède le plus souvent un état comateux qui ressemble à un sommeil profond. Les mouvements respiratoires sont plus réguliers, mais toujours bruyants, ils prennent parfois le type de Cheyne-Stokes, la température prise à ce moment est toujours plus ou moins élevée, 38 à 40°, le pouls est petit, fréquent, tendu ; tantôt il y a résolution musculaire absolue et par conséquent immobilité, tantôt au contraire on constate une véritable agitation, la malade couchée en chien de fusil se retourne constamment, cette excitation peut même aller jusqu'à la manie.

Mais ce n'est pas ainsi que se termine toujours la crise ; parfois après un ou plusieurs accès la malade ouvre les yeux, qu'elle dirige dans toutes les directions, elle paraît se réveiller d'un long sommeil, étonnée, hébétée même, elle

comprend mal ou pas les questions qu'on s'empresse de lui poser, ses réponses sont vagues, parfois sans aucun sens. Elle n'a pas souvenir des événements qui viennent de se passer ; l'intelligence renaît peu à peu et la guérison paraît obtenue, quand brusquement un nouvel accès éclate semblable au premier, mais suivi d'un coma plus accusé et plus durable.

Le nombre, la fréquence et l'intensité des accès sont en effet très variables ; tantôt ils sont peu nombreux, on n'en constate parfois qu'un seul, tantôt au contraire ils se répètent à intervalles plus ou moins réguliers ou ils se rapprochent au point d'être subintrants,

Leur intensité et leur fréquence sont habituellement en raison directe du nombre ; le coma, qui les sépare, est alors absolu, la température suit une marche ascendante, le pouls petit et fréquent conserve une tension au-dessus de la normale, tension qui augmente encore au cours des crises convulsives, les téguments s'œdématient. Les urines, dont la quantité contenue dans la vessie était minime au début, est nulle à la fin ; les quelques grammes, que le cathétérisme a recueillis, sont noirs et renferment une quantité considérable d'albumine.

La marche de l'affection est donc très variable et elle ne peut jamais être prévue. Bien que chaque cas puisse avoir un caractère particulier, on doit cependant envisager plusieurs éventualités.

La guérison doit-elle survenir, les accès disparaissent tout d'un coup ou vont en s'espaçant ou en diminuant d'intensité ; le coma peut persister plus ou moins longtemps, mais il est moins profond, il est parfois possible de faire absorber à la malade un peu de liquide, eau ou lait. Au coma succède une sorte d'insensibilité générale, d'hébétude ou de manie, puis peu à peu les fonctions intellectuelles renaissent, mais la femme conservera toujours une lacune dans son existence, elle ne se souviendra jamais de ce qui s'est passé, son amnésie peut même remonter au delà de la

première attaque. Dans le cas, que nous venons d'envisager, les fonctions rénales se rétablissent souvent assez rapidement, la quantité d'urine, d'abord au-dessous de la normale, augmente pour dépasser même la moyenne, en même temps que l'œdème s'atténue et disparaît.

L'affection doit-elle au contraire évoluer vers la mort, cas malheureusement pas très rare, les accès se rapprochent et augmentent d'intensité, le coma qui les sépare est profond, les urines sont nulles, la température s'élève, atteint et dépasse même 40°, le pouls devient de plus en plus rapide et petit, parfois irrégulier, la tension sanguine monte, la respiration est plus courte, plus fréquente, dyspnéique, l'œdème s'accentue au niveau des téguments, il peut même gagner les organes internes, comme on peut le constater cliniquement au niveau des voies respiratoires. Enfin il est un signe sur lequel les techniques nouvelles ont appelé l'attention dans ces dernières années, c'est la tension considérable du liquide céphalo-rachidien et son mélange à du sang.

Mais, si la terminaison fatale peut être prévue, lorsque la maladie suit l'évolution dont nous venons de tracer le tableau, il est des cas où elle survient brusquement dès le premier ou les premiers accès, ou lentement au cours de la période comateuse, la malade semble s'éteindre ; l'hémorragie cérébrale ou méningée en est presque toujours la cause.

Actuellement la mort se produit encore dans 15 à 30 p. 100 des cas, alors que la proportion était anciennement de 50 p. 100 du temps de Mme Lachapelle.

Le pronostic doit donc être considéré comme grave et rien ne permet de le fixer à la période initiale ; on a cependant le droit de tenir compte de plusieurs facteurs qui l'aggravent en général. Nous citerons en première ligne l'existence d'une maladie chronique rénale, hépatique, cardiaque ou pulmonaire ou de manifestations antérieures très accusées de l'auto-intoxication gravidique, puis viennent

comme facteurs aggravants : la multiparité, l'apparition des accès pendant la grossesse ou pendant les suites de couches, enfin l'allure générale de la maladie, comme nous l'avons indiqué précédemment ; l'apparition de l'ictère est particulièrement à redouter.

Un pronostic grave peut être amélioré rapidement et brusquement par l'évacuation spontanée de l'utérus ; il n'est pas rare en effet de voir les crises éclamptiques déterminer le travail et en accélérer la marche ; la dilatation du col et l'expulsion du fœtus peuvent brûler les étapes et se faire en un temps très court. C'est en s'appuyant sur cet heureux résultat de l'accouchement qu'on a cru devoir préconiser comme moyen de traitement la provocation rapide de l'accouchement et même l'opération césarienne. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer la manière d'agir de l'accouchement, nous attachons pour notre part une grosse importance à la disparition de la compression des organes abdominaux sous l'influence de l'évacuation utérine d'une part, à la saignée générale que provoque la délivrance d'autre part, d'autant plus que les éclamptiques perdent habituellement une quantité de sang assez considérable. Les succès fournis par la saignée abondante rendent cette hypothèse très vraisemblable.

Quant au fœtus, dont il nous faut maintenant envisager le pronostic, il est souvent compromis. Tantôt il meurt *in utero*, tantôt sa mort ne survient qu'après la naissance, si celle-ci se produit pendant la maladie, soit parce qu'il est trop chétif, soit parce qu'il est encore sous le coup de l'intoxication à laquelle il participait.

Cliniquement l'éclampsie proprement dite ne peut guère prêter à confusion, on ne peut hésiter qu'en présence d'une seule crise convulsive. Dans ce cas, on devra faire le diagnostic avec l'attaque d'hystérie, caractérisée surtout par des mouvements désordonnés, avec la crise d'épilepsie, précédée habituellement d'une aura et toujours de crises semblables antérieures. Il est presque impossible de distinguer

l'éclampsie de la forme convulsive de l'urémie, cela est du reste de peu d'importance, la pathogénie étant à peu près la même et le traitement identique.

Si la malade n'est vue qu'au moment du coma, il faut passer en revue les différentes affections ou les différentes causes (intoxications) capables de déterminer un état comateux ; un élément de diagnostic de premier ordre consiste dans l'examen des urines recueillies par le cathétérisme. La quantité minime que renferme la vessie, la couleur marron foncé, l'albumine qu'on y constate en quantité souvent considérable suffisent à incliner du côté de l'éclampsie et à en instituer le traitement.

Avant d'aborder ce dernier, nous croyons nécessaire d'exposer rapidement non pas toutes les théories pathogéniques qui ont été proposées, mais celle qui, à l'heure actuelle, paraît la plus vraisemblable pour expliquer les crises convulsives de la grossesse, car nous pensons pour notre part que certaines formes d'éclampsie du travail reconnaissent une autre origine. Cette étude de la pathogénie nous sera d'un grand secours pour instituer une thérapeutique rationnelle. Après avoir été considérée comme une névrose essentielle, un réflexe, puis comme une affection propre des centres nerveux, l'éclampsie fut ensuite décrite comme conséquence d'une lésion rénale. Cette théorie a joui pendant fort longtemps d'une réputation méritée, car elle s'appuyait sur des données anatomo-pathologiques : les accidents convulsifs étaient expliqués par l'action sur le système nerveux de certaines substances retenues dans le sang par altérations des parties nobles de la glande rénale ; l'urée, l'ammoniaque, la créatine furent accusés, puis ce fut le tour de la totalité des substances contenues dans l'urine. La théorie microbienne eut moins de succès.

Actuellement, on fait de l'éclampsie une manifestation de l'auto-intoxication gravidique d'origine complexe ; l'insuffisance de plusieurs glandes à sécrétion interne, foie, système thyroïdien, capsules surrénales, peut-être hypophyse, y tient

la part prépondérante, il ne faut pas cependant éliminer complètement le système nerveux. Celui-ci en effet joue un rôle, qui a également son importance, une tare névropathique existe dans le plus grand nombre des cas chez les femmes qui font des accidents éclamptiques ; c'est probablement par son intermédiaire qu'éclatent les accidents dans l'éclampsie du travail. Cette forme, semblable à celle de la grossesse par ses manifestations cliniques, nous paraît s'en séparer complètement quant à la pathogénie ; la compression prend sans aucun doute une part très importante ; en dehors même du travail ne considère-t-on pas le volume exagéré de l'utérus comme une cause prédisposante ? En analysant du reste les différentes causes invoquées, distension utérine, froid, écarts de régime, qui sont suivies d'une réplétion plus accusée de l'abdomen, constipation, dont le résultat est identique, on trouve toujours des troubles permettant d'expliquer l'œdème du rein ; les résultats obtenus par la décapsulation paraissent donner raison à cette manière de voir.

Traitement. — *Le traitement prophylactique* de l'éclampsie peut être lui-même subdivisé ; la base de ce traitement repose tout entière sur le régime et sur l'hygiène, auxquels toute femme enceinte doit être soumise pour lui éviter les auto et hétéro-intoxications. Nous ne reviendrons pas sur ces précautions que nous avons étudiées spécialement à l'article Auto-intoxication.

A un degré plus élevé il faut envisager le cas où la femme gravide présente une ou plusieurs manifestations de l'auto-intoxication gravidique et en particulier de l'albuminurie.

Enfin le dernier échelon est occupé par la thérapeutique qu'il faut instituer lorsqu'apparaissent certains signes considérés comme le prélude des accès.

A. — Traitement de l'auto-intoxication en général et de l'albuminurie en particulier.

Nous ne ferons que résumer ce chapitre sur lequel nous nous sommes déjà étendus précédemment.

1° Régime lacté absolu : lait ou képhyr et eau d'Évian.

2° Séjour à la chambre et même au lit pendant la saison froide. Chemise de flanelle. Température de la pièce 18 à 20°.

3° Évacuations intestinales provoquées chaque jour par des purgatifs légers, comme le sulfate de soude : 15 grammes, l'huile de ricin : 15 à 20 grammes, le calomel : 0,25 centigrammes, et par de grands lavages intestinaux à l'eau bouillie.

4° Examen quotidien des urines au point de vue de la quantité éliminée dans les vingt-quatre heures et au point de vue de la recherche de l'albumine, présence et dosage clinique.

B. — Traitement des signes prémonitoires de l'éclampsie accompagnant ou non l'albuminurie.

1° Régime lacté et diète hydrique. Faire alterner les tasses de lait avec des verres d'eau d'Évian lactosée (40 grammes de lactose par bouteille).

2° Séjour au lit dans une chambre chaude, 18 à 20°.

3° Évacuations intestinales quotidiennes.

Donner le matin du premier jour le purgatif :

Eau-de-vie allemande	ãã 15 grammes
Sirop de nerprun.	

et les jours suivants alternativement :

Sulfate de soude	15 grammes

qu'on prendra dans un demi-verre d'eau le matin ;

Calomel	0 gr. 25
Lactose	1 gr. »

à prendre dans un peu de lait.

Grand lavage intestinal à l'eau bouillie chaude dans la soirée.

4° Faire prendre 2 à 3 grammes de chloral dans les vingt-quatre heures soit sous forme de sirop : une cuillerée à potage dans une tasse de tisane de queues de cerises ou de chiendent nitré ; la dernière tasse sera donnée au début de la nuit ; soit sous forme d'hydrate de chloral en lavement dans le cas d'intolérance gastrique. On appliquera la formule indiquée plus loin.

Si les symptômes prémonitoires de l'éclampsie s'aggravaient malgré le traitement, ou si, appelé alors qu'ils existent depuis plusieurs jours, on les juge très accusés, on pourra recourir d'emblée en plus de la thérapeutique précédente à une saignée de 4 à 500 grammes. L'indication sera surtout fournie par la tension du pouls.

C. — Traitements des accès convulsifs.

Se procurer aussitôt du chloroforme anesthésique et la solution de chloral suivante :

Hydrate de chloral	20 grammes
Eau	100 —

Veiller à l'enlèvement des pièces de prothèse dentaire, qui pourraient exister dans la bouche. Au moment des accès interposer un mouchoir, dont on maintient les deux extrémités tendues, entre les arcades dentaires pour maintenir la langue sur le plancher buccal et empêcher les morsures.

Placer le lit le long du mur et maintenir une personne à demeure du côté de la face libre du lit pour éviter les chutes. Si la malade est couchée sur un lit de fer, on peut obtenir le même résultat au moyen d'une longue planche débordant le plan du matelas.

Évacuer la vessie au moyen d'une sonde molle et conserver les urines pour les examiner.

Garantir avec une toile imperméable le matelas, qui serait fatalement souillé par les évacuations involontaires.

Veiller à ce que la malade soit bien couverte, que la température de la chambre soit chaude, que la lumière soit peu intense, et à ce que le silence soit absolu.

Le *traitement médical* consiste :

1° A administrer du chloroforme suivant la technique chirurgicale habituelle pendant toute la durée de l'accès.

2° A évacuer l'intestin au moyen d'un grand lavement simple :

Eau bouillie	1 litre
Glycérine neutre	2 cuill. à potage

ou d'un lavement purgatif:

Follicules de séné lavés à l'alcool. . . .	àà 15 grammes
Sulfate de soude	
Eau bouillie	250 —

3° A donner ensuite avec une poire et lentement le lavement suivant, qui doit être gardé :

Hydrate de chloral	4 grammes

ou 4 cuillerées à café de la solution indiquée plus haut.

Jaune d'œuf	N° 1
Lait bouilli tiède	100 grammes

4° Si la malade n'est pas dans le coma, ne permettre que l'eau comme boisson : eau pure, eau bouillie, eau d'Évian ; en un mot, diète hydrique absolue : un litre au moins dans les vingt-quatre heures. Si la malade est dans le coma, recourir au gavage avec la sonde de Debove.

5° Saignée massive de 1.000 grammes : l'indication de la saignée sera fournie par l'état du pouls.

Le chloroforme doit être continué tant qu'il y a des accès convulsifs ; on a pu donner ainsi des doses assez élevées de chloroforme sans accidents.

L'intestin sera évacué tous les jours, même après la dis-

parition des crises; on pourra recourir, si l'état de la malade le permet, à la voie buccale et donner :

soit :

Eau-de-vie allemande	āā 15 grammes
Sirop de nerprun.	

soit :

Sulfate de soude.	2 grammes
Eau	1 verre

soit :

Huile de ricin.	15 grammes
Huile de croton	1 goutte

ce qui n'empêchera pas les grandes entéroclyses.

Le chloral administré soit par la bouche sous forme de sirop (1 gramme par cuillerée à potage), soit par la voie rectale pourra être donné à la dose de 12 à 16 grammes dans les vingt-quatre heures.

Lorsque les accès convulsifs auront disparu, l'eau sera remplacée par du lait écrémé ou du képhir, puis plus tard par du lait pur.

Quant à la saignée, des travaux récents ont démontré qu'il est nécessaire de la faire massive, au-dessus de 1.000 grammes, si on veut exercer une action sur la pression artérielle.

La malade, revêtue d'une chemise de flanelle, sera entourée de boules d'eau chaude, bien enveloppées pour éviter les brûlures; la chambre, quoique maintenue à une température plutôt élevée 18 à 20°, devra cependant être aérée indirectement plusieurs fois par jour.

Le *traitement obstétrical* n'existe que si le travail se déclare spontanément, car toute provocation de l'accouchement ou tout accouchement forcé paraît plutôt nuisible à l'état de la femme.

Dans le cas où le travail spontané se produit au cours de la période d'état ou dans les jours qui suivent la crise, il

faut exagérer les précautions antiseptiques, car les éclamptiques sont des prédisposées à l'infection, et n'employer cependant que des antiseptiques peu toxiques comme le chloral, le formol, etc.

Formol	10	grammes
Sulfate de cuivre	5	—
Terpinol.	5	—
Essence de géranium.	2	—
Alcool à 90°	250	—

une cuillerée à potage pour deux litres d'eau bouillie.

Si les contractions sont très fréquentes et très douloureuses, on aura avantage en dehors des crises à donner « du chloroforme à la reine » de crainte que ces dernières ne soient réveillées par les douleurs. Dès que la dilatation sera complète, mais seulement à cette condition, on terminera l'accouchement, si l'expulsion paraît devoir traîner en longueur; ce qui du reste n'est pas le cas habituel, car le travail est d'ordinaire rapide. L'intervention, extraction manuelle ou instrumentale, devra être faite après anesthésie.

La délivrance sera surveillée avec grand soin, les hémorragies n'étant pas rares, et les suites de couches seront l'objet de soins antiseptiques exagérés pour éviter toute infection.

Quant à l'allaitement maternel, il ne sera autorisé que si toutes les manifestations de l'éclampsie ont disparu depuis au moins quarante-huit heures.

Le régime lacté sera maintenu tant qu'il persistera de l'albumine dans les urines, recueillies par le cathétérisme, et tant que la quantité d'urines éliminées dans les vingt-quatre heures sera au-dessous d'un litre et demi. L'intestin sera évacué tous les jours au moyen de laxatifs et de grands lavements. L'alimentation normale ne sera reprise qu'avec beaucoup de prudence, elle sera d'abord lacto-végétarienne, les viandes rouges ne seront permises qu'après que l'accouchée se sera levée et qu'elle aura repris sa vie habituelle.

Nota. — C'est avec intention que nous avons passé sous

silence un grand nombre de méthodes thérapeutiques tour à tour préconisées. Nous avons pensé être plus utiles en indiquant la ligne de conduite que nous avons toujours suivie et qui nous a donné d'excellents résultats.

Dans ces dernières années, différents procédés chirurgicaux ont été proposés : la décapsulation des reins, dont la valeur ne peut encore être appréciée à cause du petit nombre d'opérations pratiquées; la césarienne vaginale, procédé d'accouchement rapide ; enfin la césarienne abdominale. Dans un cas d'éclampsie grave, c'est encore à cette dernière que nous nous adresserions de préférence bien que les résultats publiés jusqu'ici par les Allemands soient peu encourageants.

ECZÉMA DU NOURRISSON

L'eczéma est une des manifestations de la suralimentation du nourrisson ; il apparaît le plus souvent vers le quatrième ou le cinquième mois aussi bien chez l'enfant élevé au sein que chez l'enfant élevé au lait de vache. Le plus souvent la suralimentation est à la fois quantitative et qualitative, mais elle peut tenir uniquement soit à la quantité, tétées trop copieuses ou trop fréquentes, soit uniquement à la qualité, lait trop riche en beurre. Ce sont presque toujours des nourrissons paraissant très bien supporter cette suralimentation qui en sont atteints, et par conséquent des bébés superbes, volumineux, très admirés pour leur embonpoint. Aussi cet accident est-il relativement assez rare, car la plupart des enfants suralimentés sont d'ordinaire pris très rapidement de vomissements et de diarrhée verte, en un mot de gastro-entérite, qui attire l'attention et exige des modifications quantitatives et qualitatives des tétées.

Cette variété d'eczéma reste habituellement localisée au visage, il débute « par les pommettes, sous forme d'une

tache diffuse qui vient et qui s'en va, puis devient fixe, chaque jour plus congestive, très prurigineuse » (Sabouraud). A sa surface apparaissent ensuite des points acuminés qui sont mis à nu par le grattage et qui laissent sourdre quelques gouttelettes de liquide séreux. Celui-ci se dessèche et constitue des croûtes minces et jaunâtres que l'enfant arrache au moment des crises congestives ; ces dernières se produisent trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, quelquefois plus souvent, et s'accompagnent de prurit. Ce dernier prend parfois une telle intensité que l'enfant s'agite, crie, cherche à se gratter, si on n'attache pas les mains, et qu'il peut même perdre tout sommeil.

Dans ce cas l'eczéma s'est d'ordinaire généralisé à tout le visage; parti des régions malaires, il a gagné les parties antérieures des oreilles, le dessus des sourcils, le front, les joues, le menton, le cou même; l'enfant paraît alors recouvert d'un véritable masque vernissé, puis parcheminé, rougeâtre, souvent craquelé et surmonté de plaques jaunes, masque laissant indemne les cavités naturelles.

Il est très rare de voir cet eczéma s'étendre sur le thorax, la face antérieure des bras et même plus bas encore.

Une complication fréquente est l'impétigo, qui vient se greffer sur les lésions eczémateuses et qui de là gagne rapidement les régions voisines et particulièrement le cuir chevelu.

Ce qu'il faut bien savoir c'est que l'eczéma ne cède à aucun traitement purement externe; des modifications dans l'alimentation sont seules capables de le faire disparaître. Ainsi est expliquée son amélioration spontanée au moment du sevrage. La guérison se produit peu à peu, les crises congestives s'espacent, les plaques diminuent, et la peau reprend son aspect normal sans cicatrices, s'il n'y a pas eu d'infection surajoutée.

Traitement. — La thérapeutique à mettre en œuvre devra s'adresser beaucoup plus à la cause qu'aux lésions cutanées elles-mêmes. On se renseignera sur le mode d'ali-

mentation de l'enfant; est-il nourri au sein, on espacera et on diminuera les tétées. La quantité de lait permise à chaque tétée dépendra de l'âge du nourrisson (voir ALLAITEMENT).

Est-il nourri au biberon, on suivra la même règle, le lait sera donné en moindre quantité à chaque tétée, celles-ci seront plus espacées : toutes les trois heures, avec repos de dix heures du soir à six ou sept heures du matin; enfin le lait sera coupé. S'il était donné pur, on mettra deux tiers de lait pour un tiers d'eau bouillie ou d'eau de Vals, et on y ajoutera du sucre, environ 1 gramme pour 10 grammes de liquide. Dans certains cas, on peut être obligé de changer le lait qui est trop riche ou de donner du lait écrémé, du babeurre, etc.

Enfin s'agit-il d'un enfant âgé de sept à huit mois et soumis exclusivement au régime lacté, il est alors nécessaire non seulement de se conformer aux prescriptions alimentaires précédentes, mais encore de commencer l'usage des bouillies. Celles-ci seront faites avec de l'eau ou du bouillon de légumes, 150 grammes environ, et avec une farine simple : orge, froment, avoine, riz, arrow-root, on y ajoutera 10 à 15 grammes de sucre; il ne faudra pas au début employer les farines composées très répandues dans le commerce.

Une seule bouillie sera donnée pendant le premier mois, elle remplacera une tétée ; le mois suivant une deuxième bouillie sera prescrite dans les mêmes conditions.

Quant au traitement local destiné à faciliter la disparition des plaques eczémateuses, il consistera à appliquer à leur niveau une légère couche de la pommade suivante :

Oxyde de zinc	7 grammes
Vaseline.	àâ 10 —
Lanoline.	
Huile d'amandes douces fraîches	

(SABOURAUD.)

Les nettoyages ne seront jamais faits avec du savon, mais avec de l'huile de vaseline.

S'il existe des infections surajoutées, on lavera les régions malades avec de l'eau d'Alibour ou avec le mélange suivant :

Eau bouillie.	2 parties
Eau oxygénée à 12 vol.	1 — .

EMBRYOTOMIE

Dans le langage obstétrical courant, embryotomie signifie embryotomie rachidienne ou cervicale. C'est dans cette acception que nous emploierons ce mot renvoyant à l'article BASIOTRIPSIE pour l'embryotomie céphalique et à EVISCÉRATION pour le morcellement réglé ou non du fœtus.

Indications. — On peut dire que l'embryotomie cervicale a pour indication unique *la présentation de l'épaule avec enfant mort*. Toutes les fois que ces deux conditions sont réunies, il faut rejeter la version et se décider d'emblée pour la section du cou. Inversement, chaque fois que dans la présentation de l'épaule l'enfant est *vivant*, même lorsque la version est impossible, il faut rejeter l'embryotomie et faire une opération césarienne.

La conduite à tenir serait donc d'une grande simplicité s'il était toujours possible de faire une opération par la voie haute. Malheureusement, en pratique, on peut rencontrer des difficultés d'exécution insurmontables, soit que le milieu rende toute opération abdominale dangereuse, soit qu'on se heurte au veto absolu de la malade et de son entourage. Disons tout de suite qu'il est exceptionnel de voir le fœtus continuer à vivre malgré une rétraction utérine assez marquée pour rendre la version impossible, mais enfin cela peut arriver. Que faire en pareil cas ? Il faut rechercher par le palper et l'inspection les deux signes cardinaux de la rupture imminente : 1° l'encoche utérine au niveau du sillon du cou ; et 2° la présence d'une bosse œdémateuse *profonde* au-dessus du pubis et en avant de l'utérus, bosse qu'il ne faut pas confondre

avec la vessie, ce qui est facile, puisque la saillie vésicale disparaît par le cathétérisme, tandis que la boule d'œdème reste immuable. L'absence de ces deux signes ne veut pas dire ni que la version soit inoffensive, ni même qu'elle sera possible, elle rend seulement nécessaire une investigation plus profonde par le toucher manuel intra-utérin *sous chloroforme*. Grâce à cette exploration (qui est en quelque sorte le premier temps de la version), on peut soupçonner ce qui sera possible et ce qui sera dangereux. Toutes les fois que chez une malade anesthésiée jusqu'à la résolution musculaire la main chemine avec difficulté entre le fœtus et l'utérus, qu'elle est douloureusement cerclée par un anneau de contracture musculaire, il est inutile d'insister; tenter la version, c'est aller au-devant de la rupture. Si l'accès de la cavité utérine est plus facile, il convient de ne pas se réjouir trop vite, car la saisie et l'abaissement du ou des pieds peuvent être réalisables et l'évolution du fœtus impossible. Et c'est là en dernière analyse le critérium auquel le praticien doit avoir recours avant de prendre une décision irrévocable. En résumé, à moins que quelque signe clinique évident ne proclame l'imminence de la rupture utérine, il faut introduire la main dans l'utérus, saisir le ou les pieds et chercher à faire évoluer le fœtus. Mais nous ne saurions trop recommander la prudence dans cette tentative, il ne faut faire que des tractions très modérées, très douces, sans saccades, sans à-coups, sans essayer la « double manœuvre » chère aux anciens auteurs et qui consistait à refouler d'une main la tête du fœtus vers le fond de la matrice tandis que le bon pied était attiré en bas par un lac. Il faut se rappeler que la subite facilité d'une version est souvent le premier indice de la rupture utérine qui vient de s'effectuer. Donc il ne faut faire que des essais très prudents, d'autant plus timides que le temps écoulé depuis la rupture des membranes sera plus considérable et que les contractions utérines se seront succédées avec fréquence et intensité depuis cette rupture.

Et alors, si la version échoue, l'enfant déjà très compromis aura succombé à ces tentatives. Mais s'il n'a pas succombé ? Si désolant que cela soit, nous serons bien obligés de faire une embryotomie sur l'enfant vivant.

Est-il nécessaire de faire remarquer que cette navrante éventualité tend à devenir de plus en plus rare, d'abord parce que l'on sait prévenir et modifier la présentation de l'épaule et ensuite parce que la chirurgie tend de plus en plus à pénétrer partout et à être acceptée par tous.

Manuel opératoire. — Pour faire une embryotomie il faut un embryotome, c'est-à-dire un instrument capable de sectionner à une grande profondeur dans les organes génitaux de la mère le cou du fœtus habituellement haut situé. Les ciseaux de Dubois et l'embryotome de Ribemont sont les deux types les plus connus de ces instruments. La nécessité aidant, il faut savoir suppléer, en imitant l'ingéniosité de Pajot, au manque d'outillage par des moyens de fortune que nous indiquerons, mais qui ne sauraient bien entendu remplacer couramment les embryotomes classiques.

Ceci étant posé, comment se passe l'opération ? Son premier temps, le plus important et on pourrait presque dire le plus difficile, consiste à saisir le cou du fœtus entre le pouce et un ou deux autres doigts qui l'entourent comme un collier. Lorsque ce premier temps est exécuté, le reste de l'opération est extrêmement simple. Supposons qu'on se serve des ciseaux de Dubois : ces derniers sont tenus de la main restée libre à la manière des ciseaux ordinaires, on les glisse fermés le long de la face antérieure de l'avant-bras, puis le long de la paume de la main. Enfin ils sont ouverts avec précaution au contact du cou du fœtus, que l'on sectionne millimètre par millimètre en contrôlant constamment le chemin parcouru et en se maintenant toujours à l'intérieur de l'anneau de protection constitués par les doigts qui encerclent le cou de l'enfant. Le danger à éviter est double, il ne faut ni perforer l'utérus, ni se couper. S'il

existe un fœtus putréfié ou syphilitique, le risque couru par l'opérateur est des plus sérieux. Ce double danger n'est pas si facile à éviter qu'on pourrait le supposer, car la main introduite dans les organes génitaux est presque toujours serrée, comme broyée par la contraction utérine ; placée en outre dans une attitude souvent forcée, elle s'engourdit rapidement au point de ne plus recueillir que des sensations indistinctes ou douloureuses. On a recommandé de sectionner d'abord la peau, puis à travers cette boutonnière de couper successivement muscles, tendons et colonne vertébrale; après quoi le cou est représenté par un simple cylindre de peau que l'on tranche d'un seul coup en l'amenant par une traction énergique au-devant des ciseaux.

Quelle que soit la méthode employée, il faut surtout se garder des échappées, ne sectionner les tissus fœtaux qu'à tout petits coups et sous le contrôle incessant des doigts; si l'opération dure un peu plus longtemps, on évitera au moins d'irréparables désastres.

Après les ciseaux de Dubois, qui permettent toujours de mener à bien une embryotomie dans tous les cas possibles, l'instrument le plus propre à la réaliser avec rapidité, élégance et sécurité est à coup sûr l'embryotome de Ribemont-Dessaignes. La pièce principale de cet instrument est un crochet creux dans lequel passe un long ressort d'acier flexible ; à une extrémité de ce ressort se trouve un anneau, l'autre extrémité est percée d'un petit orifice qui servira à fixer la ficelle-scie. A cette pièce principale vient s'en ajouter une autre, c'est une gouttière destinée à préserver les parties maternelles des lésions que pourrait déterminer la ficelle-scie.

Le premier temps, commun à toute embryotomie, consiste à aller encercler le cou entre le pouce et un ou deux autres doigts.

Quand le cou est repéré, rien n'est plus facile en général que d'aller placer sur lui le crochet muni du ressort; il ne reste plus qu'à tirer sur ce dernier par son anneau avec un

doigt pour dégager peu à peu le ressort et lui substituer la ficelle-scie qui lui est attachée. Quand cette dernière est fixée, il faut placer la gouttière protectrice ; on peut ensuite, en saisissant la ficelle solidement, scier en quelques secondes le cou du fœtus par un mouvement rapide de va-et-vient.

Pajot avait imaginé de passer en anse autour du cou du fœtus une ficelle solide, dite fil de fouet. Afin de rendre le retour de la ficelle plus facile, il fixait à son extrémité une balle de plomb que les doigts introduits dans l'utérus sentaient et saisissaient plus aisément qu'un simple bout de cordelette. Enfin dans le but de protéger le vagin il conseillait de passer les deux chefs de la ficelle dans un verre de lampe qui faisait office de spéculum et de protecteur. Ce sont là des moyens de fortune qui, le cas échéant, ne seraient nullement à dédaigner.

Lorsque le cou du fœtus est sectionné par un procédé quelconque, il reste à faire l'extraction des deux tronçons. En tirant sur les bras le tronc vient en général facilement ; si les bras s'arrachent, on pourra aller saisir les pieds ou encore tirer soit avec des pinces de Museux posées en couronne sur le cou en nombre suffisant (quatre au moins), soit avec une pince à os, un cranioclaste ou un basiotribe. L'extraction de la tête nécessite l'introduction d'un ou de deux doigts dans la bouche du fœtus ; il faut naturellement orienter la tête de façon à lui faire effectuer les différents temps du mécanisme de l'accouchement. Quand le bassin est vicié, il est parfois nécessaire de pratiquer une réduction de l'extrémité céphalique et, suivant l'importance de la réduction à obtenir, de faire soit une simple craniotomie, suivie ou non d'une application de forceps, soit une application de basiotribe.

ENCÉPHALOCÈLE

On désigne sous le nom d'*encéphalocèle*, d'*exencéphale*, de *céphalocèle*, de *spina bifida crânien* une tumeur formée

par une portion plus ou moins considérable de l'encéphale et des méninges sortie du crâne par une ouverture anormale des parois. Elle peut être *congénitale* ou acquise, la première seule nous intéresse. Elle est due à une malformation et siège soit à la région occipitale, soit à la région frontale, rarement sur les parties latérales du crâne. Cette tumeur n'est constituée que par les méninges, *méningocèle*, ou par les méninges et de la substance cérébrale, *méningo-encéphalocèle* : elle s'accompagne dans certains cas d'hydrocéphalie, *hydrencéphalocèle*.

Elle est quelquefois réductible par la palpation, et la compression s'accompagne souvent de mouvements convulsifs de l'enfant. Elle se tend au moment des efforts et des cris ; son volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une tête d'enfant et au delà. C'est dans ce cas qu'elle peut devenir une cause de dystocie sérieuse ; le toucher manuel permettra de ne pas confondre cette tumeur avec une poche des eaux ou avec une tumeur développée sur une autre région. Si son volume était un obstacle à l'accouchement, éventualité rare, il faudrait la ponctionner avec un fin trocart, car cette malformation n'est pas incompatible avec l'existence et peut être opérée plus tard.

ÉPAULES (DYSTOCIE DES)

Habituellement dans la présentation du sommet, lorsque la tête fœtale a franchi l'orifice vulvaire, l'accouchement est virtuellement terminé et le dégagement du tronc s'achève avec la plus grande facilité soit spontanément, soit à l'aide de tractions très modérées, mais il n'en est pas toujours ainsi.

Il arrive parfois que ces dernières restent inefficaces. On est alors obligé d'en augmenter considérablement l'énergie et d'y ajouter, si l'on dispose d'un aide, l'expression faite à travers les parois abdominale et utérine ; ce n'est qu'au prix

de ces efforts simultanés et vigoureux que l'on voit les épaules progresser et se dégager.

D'autrefois ces manœuvres simples restent impuissantes, l'extraction du fœtus est impossible parce que les épaules sont enclavées dans l'excavation. Enfin la dystocie peut se manifester par le non-dégagement de la tête, les épaules étant retenues au-dessus du détroit supérieur.

Telles sont les différentes variétés de la dystocie créée par les épaules ; elle est tantôt légère, tantôt grave avec tous les intermédiaires possibles.

La physionomie clinique de cette dystocie ne permet pas de la reconnaître d'emblée ; rien ne la distingue en effet des cas dans lesquels le tronc ne s'engage pas à cause d'un excès de volume total ou partiel du fœtus d'origine pathologique (œdème, ascite, rétention d'urine) ou d'une brièveté du cordon. Dans tous ces faits, ou bien la tête ne se dégage pas, ou bien elle reste comme collée à la vulve ; quand on tire sur elle, le cou s'allonge plus ou moins, mais dès qu'on abandonne les tractions, la tête se réapplique aussitôt sur l'orifice vulvaire.

Il n'y a qu'un moyen de faire le diagnostic, et il ne faut pas hésiter à l'employer sans perdre un instant, c'est le toucher manuel. Suivant les circonstances, on le pratique avec ou sans anesthésie générale. Le toucher manuel seul permet de reconnaître la cause de la non-progression du fœtus ; il présente en outre l'avantage de constituer au besoin le premier temps de l'intervention nécessaire.

Si l'on constate que le tronc est normalement constitué, sans tuméfaction ou tumeurs, que le cordon est de longueur suffisante, ce sont bien les épaules qui sont en cause. On peut les sentir, préciser leur orientation, reconnaître qu'elles sont soit enclavées dans l'excavation, soit calées sur la marge du bassin ou encore retenues par l'anneau de Bandl rétracté. Il faut prévoir la dystocie des épaules chez une primipare, lorsqu'on a reconnu par le palper la présence d'un gros fœtus ou senti par le toucher une écaille occipitale

très large. Cette prévision est très utile en pratique, car au moment du dégagement on saura qu'il faut placer un drap de siège épais sous la parturiente de façon à surélever le bassin le plus possible et on pourra poster d'avance un aide pour faire de l'expression. Enfin on n'hésitera pas à mettre la femme en travers de son lit, si l'expression combinée aux tractions reste impuissante.

Cette difficulté doit encore être prévue chez les multipares qui ont eu antérieurement des accouchements dystociques par excès de volume de l'enfant. Suivant les cas, on peut alors avoir recours à l'accouchement prématuré ou même à l'opération césarienne.

Traitement. — Dans les cas de dystocie grave deux éventualités sont possibles : l'enfant est vivant ou mort.

A) Enfant vivant.

1[er] *cas.* — La tête tarde à se dégager, il faut faire une application de forceps. L'extraction peut être très pénible et obtenue seulement au prix de l'élongation du cou ; une fois la tête dégagée, les épaules ne descendent pas malgré des tractions énergiques combinées à de l'expression. On doit alors songer à la dystocie des épaules et en conséquence repousser le plus possible la tête vers le coccyx de façon à abaisser l'épaule antérieure, qui s'accroche au-dessus de la symphyse, et à l'entraîner dans l'excavation. Avant de commencer les tractions, il faut essayer d'amener l'épaule antérieure vers l'une ou l'autre des éminences ilio-pectinées, pour orienter le bis-acromial suivant l'un des diamètres obliques du bassin. Ce mouvement de rotation peut être provoqué par la torsion du cou, mais il faut tordre modérément et, si le déplacement attendu ne se produit pas, on doit le faciliter soit par des manœuvres externes en refoulant latéralement le moignon de l'épaule antérieure appréciable sous la peau au-dessus de la symphyse, soit par des manœuvres internes au moyen de deux doigts appliqués sur la face an-

térieure ou postérieure du creux de l'aisselle et prenant point d'appui dans le sillon thoraco-huméral pour ne pas glisser.

Lorsque la rotation en oblique est obtenue, il reste à abaisser l'épaule antérieure à l'aide de tractions soutenues par en bas combinées à l'expression abdominale.

Enfin, si ce dernier procédé échoue, il n'y a plus qu'à tenter l'abaissement d'un bras (Ribemont), le bras postérieur est en général le plus facile à atteindre. Il arrive souvent que le fœtus succombe au cours de ces différentes manœuvres.

2e *cas*. — La tête s'est dégagée spontanément.

La dystocie est en général moins grave et on peut en triompher plus aisément par les mêmes procédés : position obstétricale, tractions en bas et expression, si l'on dispose d'un aide.

B) Enfant mort.

Si l'extraction de la tête présente des difficultés, on commence par la basiotripsie, puis on tente l'abaissement des épaules par traction et expression abdominale. Lorsque ces manœuvres échouent, on pratique le toucher manuel pour s'assurer que les épaules sont bien le seul obstacle à la descente du fœtus. On profite de l'introduction de la main dans l'utérus pour abaisser le bras postérieur, on n'hésiterait pas à le fracturer si cela paraissait plus commode. Dans le cas improbable où l'abaissement d'un bras ne suffirait pas, on irait chercher l'autre. Il est d'ordinaire plus facile de saisir le bras postérieur, aussi, après avoir abaissé le premier bras postérieur, y a-t-il avantage à transformer le bras antérieur en bras postérieur par un mouvement de rotation imprimé au tronc du fœtus.

Si, pour une raison quelconque et notamment par suite de l'enclavement des épaules, il était impossible d'abaisser les bras, on aurait encore la ressource de sectionner avec de forts ciseaux soit les clavicules (cleidotomie), soit les parties molles du moignon de l'épaule (sus-acromiotomie).

Il est plus commode de se débarrasser au préalable de la tête du fœtus, dont la présence gêne ces différentes manœuvres.

Enfin, lorsqu'on échoue, on peut se trouver dans l'obligation de pratiquer une éviscération ou de se servir du basiotribe, appliqué sur le thorax, comme d'un agent de réduction et de traction.

Nous n'avons pas parlé des difficultés de l'extraction des épaules, lorsque le siège se dégage le premier ; il en sera question à propos de l'extraction du siège et de la version podalique interne.

ÉPAULE (PRÉSENTATION DE L')

De toutes les présentations dystociques d'origine fœtale la présentation de l'épaule est la plus grave et pour le fœtus et pour la mère. L'enfant est en effet condamné à mort si l'on n'intervient pas ; il ne faut compter ni sur la version spontanée, ni sur l'évolution spontanée, terminaisons exceptionnelles avec un fœtus de taille normale. Quant à la mère elle est menacée de rupture utérine et d'infection, car l'œuf est ouvert dans le plus grand nombre des cas et la putréfaction fœtale en est la conséquence fréquente.

En pratique, c'est toujours à une présentation oblique qu'on a affaire et non à une présentation franchement transversale ; les deux extrémités fœtales, tête et siège, ne sont jamais sur une même ligne transversale. Tantôt la partie la plus déclive est l'extrémité céphalique, elle est alors située dans une fosse iliaque, tandis que l'extrémité podalique occupe l'hypocondre du côté opposé ; l'épaule dans ce cas se présente véritablement à l'entrée du bassin. Tantôt, au contraire, c'est le siège, qui repose dans la fosse iliaque, la tête étant dans l'hypocondre de l'autre côté : il y a dans ce cas présentation thoraco-abdominale.

La première est une présentation céphalique *manquée*, la seconde une présentation du siège *manquée*.

La présentation transversale se rencontre surtout chez les *multipares*, et particulièrement chez les grandes multipares dont les parois utérine et abdominale sont relâchées. Chez ces dernières elle doit toujours être redoutée et recherchée à la fin de la grossesse; c'est en y pensant qu'il sera toujours possible de l'éviter au moment du travail. Cette présentation devient de plus en plus rare, car les femmes enceintes sont mieux observées, mieux examinées et traitées en temps voulu.

Lorsqu'on constate pendant la grossesse une présentation transversale chez une primipare, on doit supposer une malformation utérine; certains utérus cloisonnés y prédisposent particulièrement.

Pendant le travail d'autres causes peuvent intervenir pour déterminer cette présentation, tout obstacle pelvien ou utérin, l'insertion basse du placenta par exemple, en s'opposant à une bonne accommodation du fœtus est suffisant pour refouler dans une fosse iliaque la région fœtale la plus déclive, tête ou siège.

Pendant la grossesse le palper est la seule méthode d'examen qui permette de faire le diagnostic ; la vue, l'auscultation et le toucher n'apportent que des renseignements complémentaires. Au moment de l'accouchement, au contraire, le palper passe au second plan, car il n'est pas toujours facile à pratiquer à cause des contractions fréquentes de l'utérus, qui est même parfois rétracté, c'est alors le toucher qui fournit tous les éléments de diagnostic.

Signes pendant la grossesse. — L'inspection peut déjà attirer l'attention ; on est en effet souvent frappé par la direction transversale du grand axe utérin. Palpant alors méthodiquement, les mains ne perçoivent ni au niveau du détroit supérieur, ni au-dessus de lui les parties fœtales qu'elles sont habituées d'y rencontrer; les mêmes constatations négatives sont faites au niveau du fond de l'utérus. Le

palper en explore alors les portions latérales et trouve dans une des fosses iliaques le plus souvent un corps volumineux, arrondi et dur qu'il reconnaît à ces sensations être l'extrémité céphalique. Le siège avec ses caractères habituels est ensuite senti dans l'hypocondre du côté opposé. Ces deux pôles sont réunis par un plan résistant placé en écharpe et facile à percevoir, car le *dos est toujours en avant* pendant la grossesse.

Si la tête est à droite (présentation de l'épaule gauche), le plan latéral gauche est en bas et le maximum des bruits du cœur est entendu près du pubis ; l'extrémité céphalique est-elle à gauche (présentation de l'épaule droite), le foyer d'auscultation siège au voisinage de l'ombilic.

Par le toucher on constate seulement que l'excavation est vide et qu'aucune partie fœtale ne tend à se présenter au détroit supérieur.

Signes pendant le travail. — Dans l'intervalle des contractions le palper fournit les mêmes renseignements que pendant la grossesse, mais le contact des mains avec la paroi abdominale réveille souvent les contractions utérines. Ce mode d'exploration devient impraticable, lorsque la poche des eaux est rompue et l'utérus rétracté. Le toucher est seul capable dans ce cas de reconnaître les éléments permettant de faire le diagnostic.

Avant la rupture des membranes, le doigt explorateur constate que l'excavation est vide et que la poche des eaux est volumineuse. Comme celle-ci doit être respectée chaque fois qu'il n'y a pas d'engagement, il y a avantage à ne pas pousser plus loin ce mode d'investigation.

Après la rupture des membranes il n'est pas rare de rencontrer dans le vagin un membre supérieur ou tout au moins une portion de ce membre. Cette constatation doit éveiller l'idée d'une présentation compliquée de procidence. Le doigt pénétrant plus profondément entre bientôt en contact avec une région fœtale constituée par des petits arcs résistants séparés par des dépressions qui leur sont paral-

lèles, c'est le *gril costal*, signe caractéristique de cette présentation. Il peut également sentir d'autres parties fœtales, l'épaule, un bras, si celui-ci est resté parallèle au corps, et même la colonne vertébrale.

Le diagnostic de la présentation ne suffit pas, il faut également rechercher : 1° quelle est l'épaule qui se présente ; et 2° quelle est sa position. Ces renseignements sont nécessaires pour mener à bien la version par manœuvres internes qu'il faudra pratiquer bientôt; de ces deux diagnostics dépend le choix de la main que l'opérateur doit introduire dans l'utérus et du pied que celle-ci doit saisir.

La connaissance de la situation exacte du dos simplifie les recherches, puisqu'il suffit de reconnaître de quel côté est la tête pour avoir un diagnostic exact de l'épaule et de la position.

Chaque fois que le dos est en avant (dorso-antérieure), l'épaule qui se présente est de *nom contraire* au côté occupé par l'extrémité céphalique.

Tête à droite = Épaule gauche.
Tête à gauche = Épaule droite.

Chaque fois que le dos est en arrière, l'épaule qui se présente est du *même nom* que le côté occupé par l'extrémité céphalique, car la mère et le fœtus sont placés parallèlement.

Tête à droite = Épaule droite.
Tête à gauche = Épaule gauche.

Mais l'orientation du dos n'est pas toujours connue, c'est alors en recherchant l'épaule qui se présente d'une part, la situation de la tête d'autre part, qu'on arrive à savoir si le dos est en avant ou en arrière.

Lorsque le membre supérieur est dans le vagin, cas le plus fréquent, on place la main fœtale transversalement, la face palmaire tournée vers le pubis; la direction du pouce indique le nom de l'épaule. S'il est dirigé du côté droit de la femme, le bras appartient à l'épaule droite et réciproquement. Il suffit de superposer par la pensée sa propre

main à celle du fœtus pour en avoir la preuve. La situation de la tête est fournie par la direction du creux de l'aisselle, toujours facile à sentir par le toucher en suivant le bras fœtal. Si le sommet du creux axillaire est dirigé du côté droit, la tête est du même côté.

Tête à droite + Épaule droite = Dorso-postérieure.
Tête à droite + Épaule gauche = Dorso-antérieure.
Tête à gauche + Épaule gauche = Dorso-postérieure.
Tête à gauche + Épaule droite = Dorso-antérieure.

Nous avons expliqué précédemment en effet que dans les dorso-antérieures l'épaule et la position étaient de nom contraire, tandis qu'elles étaient de même nom dans les dorso-postérieures. Deux données sont donc nécessaires pour résoudre l'équation et nous fournir la connaissance des trois termes, dont nous avons besoin pour pouvoir entreprendre l'intervention.

Traitement. — 1° *Traitement prophylactique.* — Toute femme enceinte doit être examinée régulièrement pendant les derniers mois de la grossesse pour éviter une mauvaise présentation du fœtus.

Au point de vue prophylactique, il faut donc :

1° Transformer au moyen de la version par manœuvres externes les présentations transversales du fœtus en présentations longitudinales en amenant de préférence l'extrémité céphalique en bas.

2° Maintenir la transformation ainsi obtenue, soit en plaçant la ceinture eutocique de Pinard, soit en appliquant de chaque côté du pôle inférieur du fœtus un gros tampon de coton qu'on immobilisera à l'aide d'une ceinture de grossesse, d'un bandage de flanelle ou d'une large bande de crépon de laine.

L'application d'une ceinture est également indiquée lorsqu'à la fin de la grossesse le fœtus est très mobile et que son extrémité inférieure, siège ou sommet, a tendance à se porter dans une des fosses iliaques.

Cette contention doit être maintenue tant que la présentation n'est pas engagée, aussi bien pendant la grossesse que pendant le travail.

2° *Traitement curatif.* — Pendant le travail, il faut d'abord :

Tenter la version par manœuvres externes dans l'intervalle de deux contractions. La présentation transversale sera transformée en présentation céphalique de préférence, et la réduction obtenue sera maintenue par l'application d'une ceinture abdominale.

Si la version par manœuvres externes est impossible,

a) *La poche des eaux étant intacte :*

1° On attendra la dilatation complète en respectant l'intégrité des membranes;

2° On rompra ces dernières;

3° On fera la version par manœuvres internes suivie de l'extraction immédiate (voir VERSION).

b) *La poche des eaux étant rompue :*

1° On tentera la version par manœuvres mixtes;

2° Si on ne réussit pas, on appliquera un ballon de Champetier de Ribes, à la condition que l'épaule ne soit pas engagée trop profondément et que l'utérus ne soit pas rétracté;

3° Dès qu'on aura obtenu la dilatation complète, on pratiquera avec beaucoup de prudence la version par manœuvres internes.

Lorsque l'épaule est profondément engagée et que le muscle utérin est rétracté sur le fœtus, il faut s'abstenir de toute intervention par les voies naturelles, car ce serait aller au-devant d'une rupture de l'utérus.

L'opération césarienne permettra seule d'extraire l'enfant, à la condition qu'il soit bien vivant, ce qui est rare dans les conditions que nous avons envisagées.

Si le fœtus est mort, la version est contre-indiquée, c'est à l'embryotomie qu'il faut alors recourir. Mais il arrive parfois que celle-ci est impraticable, l'utérus rétracté est

moulé sur le fœtus, le col à peine dilaté présente une consistance spéciale d'induration. Cette infiltration séro-sanguinolente a souvent gagné tout le segment inférieur distendu et comprimé ; pour éviter son éclatement, on devra pratiquer l'hystérotomie, suivie de l'opération de Porro.

ÉRYTHÈME CHEZ LE NOURRISSON

Les érythèmes sont fréquents chez le nouveau-né, ils siègent d'ordinaire au niveau de la région fessière et de la partie interne des cuisses. Ils sont le plus souvent déterminés par des évacuations trop nombreuses et par des troubles intestinaux (diarrhée verte). Ils peuvent se compliquer d'ulcérations et être le point de départ d'infections secondaires.

Traitement. — Le traitement est général et local.

L'alimentation devra être surveillée et réglée.

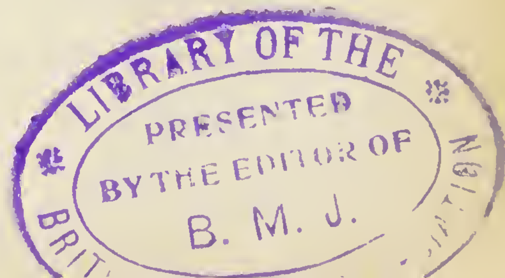
Les régions malades seront nettoyées fréquemment avec un savon à l'huile d'olive, l'enfant devra être changé avant chaque tétée et être baigné une fois par jour dans de l'eau d'amidon. Les couches employées ne seront ni lavées dans de l'eau de Javelle, ni trempées dans du bleu, ni repassées. On appliquera sur le siège de l'érythème une légère couche de la pommade suivante :

Oxyde de zinc.	àà 5 grammes
Amidon	
Talc	
Lanoline formolée	30 —

Lorsque l'irritation diminuera, on saupoudrera avec :

Talc stérilisé	150 grammes
Poudre d'oxyde de zinc	25 —

Il faut éviter la poudre d'amidon et toutes les poudres composées du commerce.



ÉVENTRATION

L'éventration est la disparition partielle ou totale de la sangle musculo-aponévrotique de l'abdomen. Au niveau d'une éventration le péritoine se met en contact direct avec le tissu cellulaire sous-cutané ou du moins il n'en est séparé que par des plans fibreux très amincis.

Cette lésion doit être distinguée des hernies dans lesquelles il y a simplement dilatation d'un orifice préexistant.

Dans l'éventration la masse intestinale et même d'autres viscères abdominaux tendent, à la moindre poussée, à pénétrer dans la brèche plus ou moins largement ouverte. Le mésentère subit alors une élongation et des tiraillements douloureux ; aussi ces malades sont-elles incapables de tout effort et se fatiguent-elles avec une grande rapidité. Ce sont parfois de véritables infirmes.

Rien n'est plus facile à reconnaître qu'une éventration, qu'elle soit spontanée, déterminée par des grossesses antérieures, ou consécutive à une laparotomie. En palpant le ventre à l'état de relâchement complet on peut ne pas la reconnaître tout d'abord, mais elle devient évidente, si l'on fait contracter l'abdomen. Il suffit pour cela de prier la patiente, placée dans le décubitus horizontal, de prendre la position assise sans s'aider des mains ou des coudes. Dans ce mouvement on voit une saillie plus ou moins forte se dessiner sous la peau au niveau du point faible, et par la palpation on constate que les téguments se laissent invaginer dans la cavité abdominale sans offrir la moindre résistance.

Le siège le plus habituel de l'éventration spontanée est la ligne blanche ; les deux muscles grands droits de l'abdomen, normalement contigus par leur bord interne, s'écartent l'un de l'autre en même temps que le tissu fibreux qui les sépare disparaît comme par atrophie.

Dans le passage du décubitus horizontal à la position

assise le ventre bridé par les droits forme une triple saillie. La saillie médiane est la plus accentuée, les saillies latérales sont plus ou moins apparentes suivant la résistance des plans musculo-aponévrotiques correspondants.

A un degré extrême, il semble y avoir atrophie totale de la paroi antéro-latérale de l'abdomen. Il faut palper les flancs pour sentir entre les dernières côtes et la crête iliaque une bandelette fibreuse qui est le dernier vestige de la sangle abdominale.

La grossesse peut créer l'éventration ou du moins la rendre évidente et l'aggraver, mais la distension de l'abdomen par l'utérus gravide n'est pas le seul facteur de sa production.

Il faut reconnaître qu'il y a des aponévroses abdominales de qualité plus ou moins bonne, les unes capables de « faire un long usage » et de supporter sans faiblir une poussée considérable ; les autres rapidement forcées ou même annihilées. Néanmoins, on peut dire que l'éventration est d'autant plus commune et d'autant plus grave que l'utérus a eu un développement plus grand (grossesse gémellaire, hydramnios, gros œufs) et que cette distension s'est répétée plus fréquemment (multipares).

Les bossues y sont prédisposées en raison de l'exiguïté de leur cavité abdominale ; l'utérus ne peut pas s'y développer, il se porte de bonne heure en antéversion et il ne peut le faire qu'en forçant la paroi.

Si la grossesse influe sur l'éventration, celle-ci à son tour retentit sur la grossesse ou plutôt sur l'utérus gravide. Ce dernier n'étant plus maintenu par la sangle abdominale, il bascule en avant ; il peut même tomber au-devant du pubis, produisant le ventre en obusier ou en besace (voir Antéversion de l'utérus). Enfin l'accommodation du fœtus ne s'y fait plus suivant les règles normales et il en résulte des présentations vicieuses.

Traitement. — On pourrait dans une large mesure prévenir l'éventration par une gymnastique bien comprise des

muscles abdominaux exécutée avant la grossesse et poursuivie jusqu'au quatrième ou cinquième mois de celle-ci. A défaut de cette méthode rationnelle, mais rarement employée, on doit se contenter du procédé habituel : maintenir le ventre par une ceinture en tissu élastique et résistant, moulée sur l'abdomen et rendue indéformable par des baleines. Cette ceinture prend point d'appui sur la région lombaire et sur les crêtes iliaques, elle s'oppose à l'antéversion de l'utérus et seconde la paroi dans son rôle de soutien.

Au moment de l'accouchement, s'il existe une éventration considérable, l'effort est impossible, il y a alors souvent intérêt à abréger la période d'expulsion par l'extraction artificielle du fœtus.

Dans le cas d'éventration légère ou moyenne, on peut se contenter de renforcer la paroi par un bandage approprié que l'on improvise avec une ceinture de flanelle, des plaques de carton et du coton. En outre, à chaque effort de la parturiente, on applique ou l'on fait appliquer une main à plat sur le point faible de la paroi. Si ces précautions paraissent insuffisantes et si la femme se fatigue sans résultat, on termine l'accouchement comme précédemment.

L'éventration post-opératoire est justiciable d'un traitement chirurgical qui sort du cadre de notre ouvrage.

Après l'accouchement, il est absolument inutile de serrer énergiquement l'abdomen, comme certaines patientes le réclament instamment. Néanmoins il n'y a aucun inconvénient à leur accorder en partie cette satisfaction à la condition de serrer modérément le bandage.

Il est plus important de surveiller l'évolution de l'éventration. Elle peut guérir progressivement une fois la cause de distension disparue. Là encore une gymnastique abdominale méthodique et le massage peuvent donner d'excellents résultats pour hâter et consolider la guérison. Elle peut enfin persister et nécessiter le port permanent d'une ceinture abdominale ou d'un corset rationnellement établi.

ÉVISCÉRATION

Le but de l'éviscération est de vider les cavités abdominale ou thoracique du fœtus des organes qui y sont contenus. Pour la pratiquer, il suffit d'avoir à sa disposition un instrument coupant quelconque, ciseaux, bistouri ; un simple couteau suffirait à la rigueur, mais les ciseaux de Dubois sont l'instrument le plus commode.

Cette intervention est indiquée soit pour faire disparaître l'obstacle créé par le développement excessif de l'abdomen ou du thorax du fœtus (voir Fœtus), soit pour réduire le volume normal de ces cavités et favoriser l'extraction du fœtus au cours de l'embryotomie rachidienne.

La parturiente est placée en position obstétricale sur le bord de son lit ou de préférence sur le bord d'une table. La vessie est vidée, les organes génitaux, vulve et vagin, sont savonnés et lavés. La main gauche antiseptisée est introduite avec douceur dans le canal vaginal, puis dans l'utérus, elle prend contact avec la région fœtale la plus abordable, région sur laquelle doit porter la section. L'instrument, tenu de la main droite, est glissé avec précaution le long de la main gauche qui le guide en même temps qu'elle protège les tissus maternels. Arrivé au contact de l'abdomen fœtal, il attaque la paroi qu'il sectionne prudemment pour éviter des échappées. Lorsque l'ouverture est suffisante pour l'introduction de trois ou quatre doigts, l'instrument est enlevé. La main droite rendue libre est alors appliquée sur le fond utérin pour le maintenir, puis les doigts de la main gauche pénètrent dans la cavité abdominale du fœtus, saisissent et arrachent les différents organes qui y sont contenus. Ceux-ci sont alors entraînés au dehors, l'opération est terminée lorsque l'abdomen et le thorax sont vidés de leur contenu.

Après l'extraction d'un fœtus qui a été « éviscéré » il faut toujours pratiquer une injection intra-utérine au moyen

d'un liquide antiseptique non caustique et ensuite un examen de toute la surface interne de l'utérus.

Les différentes variétés de dystocie fœtale qui nécessitent l'éviscération entraînent en effet fréquemment des ruptures utérines.

FACE (PRÉSENTATION DE LA)

La présentation de la face ou présentation de l'extrémité céphalique défléchie ne mérite pas au point de vue pratique la mauvaise réputation que les accoucheurs des siècles précédents lui ont faite.

Si un certain nombre d'accouchements par la face ont encore une terminaison malheureuse, cela tient le plus souvent non pas à la présentation elle-même, mais au praticien qui, hanté par la crainte de celle-ci, n'a pas laissé la nature agir seule et a eu recours à des manœuvres qui ont fait tout le mal. En pratique obstétricale savoir attendre est une qualité primordiale; dans la présentation de la face il faut particulièrement savoir la mettre en vigueur.

Nous n'envisagerons dans cette étude que la présentation de la face proprement dite, nous ne parlerons pas de la présentation du front qui a une physionomie et une thérapeutique spéciale et que nous étudierons plus loin (voir Front).

Au point de vue pratique, la présentation de la face ne doit être considérée que comme une présentation du travail; dans la majorité des cas, en effet, c'est seulement à ce moment qu'elle se produit par suite d'une déflexion du sommet. Nous laisserons de côté les différentes causes invoquées pour expliquer sa pathogénie, car nous n'avons aucune action sur elles.

Le diagnostic de la présentation de la face relève du palper et du toucher vaginal. Par le palper, que les contractions fréquentes de l'utérus rendent souvent fort difficiles,

on doit constater : 1° que la saillie constituée par la tête (la nuque) est située du même côté que le plan résistant (le dos), alors que dans la présentation du sommet la saillie céphalique (le front) est situé du côté opposé au dos ; 2° qu'il existe entre la partie saillante de l'extrémité céphalique et le dos une dépression ou encoche très accusée.

En dehors de la fréquence des contractions, il existe de nombreux obstacles qui ne permettent pas au palper de recueillir tous les signes nécessaires à étayer un diagnostic certain ; en clinique, c'est le plus souvent par le toucher vaginal qu'on reconnaît la présentation de la face. Aussi allons-nous surtout insister sur les différentes sensations que fournit le toucher et sur les interprétations qu'il faut leur accorder. Pour les trouver avec toute leur netteté, plusieurs conditions sont nécessaires : il faut que la poche des eaux soit rompue et que la dilatation soit déjà assez avancée, une petite paume de main environ.

On sent alors en explorant la partie fœtale, qui se présente, la fontanelle bregmatique occupant d'ordinaire l'extrémité du diamètre oblique du bassin, la suture interfrontale, qui conduit sur la racine du nez, et, de chaque côté de celle-ci, les rebords orbitaires et les deux yeux donnant la sensation de deux petites masses rondes et molles, le nez sous forme de pyramide, dont l'une des faces est creusée de deux trous, l'ouverture des narines, enfin un orifice plus grand, arrondi le plus souvent, la bouche, limitée superficiellement par des bords épais et mous ; le doigt, qui les franchit, sent dans la profondeur deux portions plus dures et parallèles, les bords alvéolaires des maxillaires supérieur et inférieur. Le menton, point de repère de cette présentation, est rarement perçu, à moins que la déflexion de la tête ne soit complète, dans ce cas c'est la grande fontanelle qui n'est pas perceptible. Il est assez important, au point de vue du diagnostic de la présentation et du pronostic de l'accouchement, de rechercher ces deux derniers renseignements ; en effet, quand on sent le bregma, c'est que la tête

n'est pas suffisamment défléchie, et on peut craindre une présentation du front ; si, au contraire, le bregma n'est plus placé dans le zone d'exploration, c'est qu'il est remonté et alors le menton est abordable, la déflexion est complète et l'accouchement peut se terminer.

Il ne suffit pas de faire le diagnostic de la présentation, il faut encore se rendre compte de la position et de la variété de position, renseignements très importants à connaître pour apprécier la marche normale ou non de l'accouchement et pour savoir comment on devra appliquer le forceps en cas d'indications. Nous avons dit que le point de repère, le menton, était rarement perçu ; c'est en se servant du nez, toujours facile à sentir, car il ne s'œdématie jamais, qu'on peut fixer la situation du menton, l'orifice des narines étant tourné du côté de ce dernier. Si ces orifices regardent à droite, si elles sont en même temps dirigées du côté de la symphyse sacro-iliaque, il s'agit d'une variété postérieure MIDP.

La présentation de la face est relativement rare, puisqu'on ne la rencontre qu'une fois environ sur 250 accouchements. La plus commune des variétés de position est la droite postérieure MIDP ; il était facile de le prévoir, car elle n'est pas autre chose qu'une occipito-iliaque gauche antérieure défléchie, puis viennent les gauches antérieures MIGA ; quant aux MIDA et MIGP elles sont exceptionnelles.

Les présentations, avec lesquelles la face peut être confondue, sont les présentations du sommet, surtout lorsque celui-ci est peu fléchi, et du siège, dans les cas où les joues sont œdématiées par une infiltration séro-sanguine considérable, qui peut les faire confondre avec les fesses. Une exploration minutieuse de toute la surface fœtale qui se présente permet seule d'éviter l'erreur ; dans la face on sentira toujours au milieu du sillon, qui sépare les deux joues, la petite pyramide nasale ; d'autre part, en enfonçant le doigt dans l'orifice qu'on prend pour l'anus, on sentira les bords alvéolaires.

Traitement. — Nous sommes en présence d'une présentation de la face, devons-nous l'accepter, serait-il préférable d'avoir à sa place un sommet fléchi ? Ce sont les chiffres qui vont répondre à cette question : nous avons dès le début de cet article indiqué la crainte des anciens pour l'enfant « se présentant la face devant » et fait pressentir que cette crainte n'était pas fondée. En effet, d'après les statistiques de Gravier l'accouchement se terminerait spontanément 52 fois sur 57 ; la mortalité fœtale est de 3,5 p. 100, un peu plus élevée par conséquent que dans la présentation du sommet. Quant au pronostic maternel, sans être grave, il est cependant un peu plus réservé à cause des chances d'infection dues à un travail plus long et aux interventions un peu plus fréquentes.

C'est pour toutes ces raisons qu'on a cherché à modifier cette présentation et à la transformer en sommet fléchi ; mais il ne faut pas croire que les manœuvres de transformation imaginées par différents accoucheurs soient applicables à tous les cas. Aussi peut-on leur reprocher, lorsqu'elles sont mises en œuvre sans discernement, d'avoir été parfois inutiles, souvent dangereuses. Anatomiquement en effet la transformation d'un sommet défléchi en un sommet fléchi n'est possible que s'il n'y a pas d'engagement, car le diamètre occipito-mentonnier d'une tête normale mesure 13.5 et le plus grand diamètre du bassin 12 centimètres. Vouloir faire exécuter cette bascule dans l'excavation, c'est à coup sûr s'exposer ou à un échec ou à un enclavement avec tous ses dangers.

C'est pour ces différentes raisons que nous conseillons au point de vue pratique de laisser de côté toutes les manœuvres de transformations, décrites par les auteurs et d'une application difficile, et *d'accepter la présentation de la face avant comme après son engagement.*

Pendant toute la durée du travail, qui peut être long, il faut s'armer de patience, attendre, ne pratiquer le toucher que le moins souvent possible pour éviter de provoquer des

traumatismes sur le visage de l'enfant, et ausculter fréquemment pour saisir dès leur début les signes de souffrance du fœtus.

Au moment du dégagement deux précautions sont à prendre : la première est de s'opposer au mouvement de flexion tant que le sous-menton n'est pas venu se placer sous la symphyse ; la seconde c'est de modérer la sortie de la face pour permettre au périnée de se distendre peu à peu, car celui-ci n'est pas comme dans le sommet attaqué par des circonférences progressivement croissantes.

Si des indications se présentent tant du côté maternel que du côté fœtal de terminer l'accouchement, à quelle intervention devons-nous recourir, si toutes les conditions nécessaires existent ?

Dans le cas où le sommet défléchi n'est pas engagé et où les dimensions du bassin permettent le passage de la tête dernière, c'est à la version par manœuvres internes qu'on s'adressera. Si la poche des eaux est rompue depuis longtemps et si le bassin est trop rétréci, le symphyséotomie, l'opération de Gigli ou la césarienne sont les seules interventions qui donnent l'espoir d'extraire un enfant vivant.

Lorsque la tête est engagée, c'est une application de forceps qu'il faut faire ; nous étudierons bientôt les particularités de cette intervention. Mais il arrive parfois que le menton a exécuté son mouvement de rotation en arrière et qu'il existe un véritable enclavement rendant impossible l'application du forceps ; dans ce cas encore, l'agrandissement du bassin peut seul permettre l'extraction d'un enfant vivant.

Chaque fois que l'enfant est mort ou que sa vie est tellement compromise qu'une intervention conservatrice paraît inutile, l'accouchement sera terminé par une basiotripsie, qui fait courir moins de dangers à la mère.

L'application du forceps dans une présentation de la face réclame certaines manœuvres, qu'il faut bien connaître et qu'il est nécessaire d'appliquer si l'on ne veut pas aboutir à un échec.

Cet instrument, en effet, a été construit pour être appliqué sur un sommet fléchi : la partie la plus concave des cuillers correspond à la partie la plus large de la tête fœtale, le diamètre bi-pariétal ; celui-ci est placé à un étage inférieur au diamètre bi-malaire, facilement saisi par la partie haute des cuillers plus rapprochée l'une de l'autre que la partie moyenne. Dans la présentation de la face, la tête fœtale n'est plus représentée par un ovoïde ayant son plus grand diamètre au niveau de l'équateur, mais par un ovoïde dont la partie la plus large, diamètre bi-pariétal, correspond à peu près à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs.

Aussi, lorsque les cuillers seront placées, n'auront-elles de contact intime qu'avec le diamètre bi-pariétal, et leur partie médiane, la plus concave, sera assez éloignée des apophyses malaires. Chaque côté de la sphère céphalique ne sera donc saisi qu'en un seul point qui supportera tout l'effort. Cette application défectueuse présente deux graves inconvénients : elle prédispose aux « dérapages », qui sont fréquents dans cette présentation, et elle permet à la tête de se fléchir au moment des tractions ; le point d'application du forceps est en effet situé près de l'extrémité supérieure du bras de levier, que représente le grand axe occipito-mentonnier. En abaissant ainsi l'occiput la tête n'avance pas, mais bascule, et, si l'on ne s'arrête pas, on l'enclave dans l'excavation et on rend l'extraction impossible, d'autant plus que dans la plupart des cas il s'agit de têtes volumineuses, les gros enfants constituant une cause prédisposante à la présentation que nous étudions.

Dans l'application de forceps la concavité des branches doit, comme pour le sommet, être tournée du côté du point de repère fœtal, qui est ici le menton. Une fois l'instrument placé, on introduit deux doigts (de la main gauche dans les mento-droites et réciproquement) dans la bouche de l'enfant, d'abord pour s'assurer que la déflexion est bien complète et pour la compléter au besoin en pressant sur

la voûte palatine et sur le rebord alvéolaire supérieur, ensuite pour continuer à exercer une pression au même niveau, afin d'empêcher un relèvement du menton, ce qui correspond à une flexion de la tête.

Ces précautions étant prises, il faut se rappeler le mécanisme normal de l'accouchement dans la présentation de la face : la descente de la tête n'est possible que si le menton est venu se placer sous la symphyse ; il est donc nécessaire de ne pas chercher, comme sur le sommet fléchi, à abaisser la tête jusque sur le plancher périnéal avant de faire la rotation, mais de commencer par cette dernière avant d'entraîner la tête par en bas.

Le menton apparaît sous l'arcade pubienne, on continue le mouvement de traction pour le dégager, ce n'est qu'après l'avoir extrait complètement et qu'après avoir amené le sous-menton en contact avec la région symphysienne qu'il est permis de commencer le dégagement par flexion de la tête, c'est-à-dire en relevant peu à peu le manche du forceps. Ce mouvement doit être lent, car n'oublions pas que le contact de l'instrument avec l'extrémité céphalique n'est parfait qu'au niveau des bosses pariétales, aussi est-on exposé à ne relever que l'instrument, qui tourne autour d'un pivot ayant comme axe le diamètre bipariétal, la tête restant immobile. Fréquemment le forceps dérape.

Le dégagement nécessite les mêmes précautions que celle déjà indiquées plus haut pour éviter la déchirure du périnée.

Quant à l'enfant il peut présenter des ulcérations faciales sur lesquelles on appliquera en pansement humide boriqué pendant 24 ou 48 heures, et ensuite un pansement sec et aseptique.

FÉCONDATION ARTIFICIELLE

On désigne sous le nom de fécondation artificielle une opération qui consiste à injecter du sperme dans la cavité

utérine. Les indications de cette manœuvre sont assez imprécises et on peut même la considérer comme physiologiquement très discutable.

En effet, dans le coït normal le sperme est projeté dans les culs-de-sac vaginaux et sur le museau de tanche, mais nullement dans la cavité utérine, sauf peut-être dans certains cas de béance anormale du col coïncidant avec une rétroversion ou rétroflexion suffisante pour que l'axe de l'utérus soit dans le prolongement de celui du vagin.

Il n'est pas démontré que l'utérus puisse, comme on l'a prétendu, aspirer une quantité quelconque de sperme au moyen d'une dilatation de son corps succédant à une contraction, telle une poire en caoutchouc que l'on veut remplir de liquide. Il semble probable au contraire que seuls les spermatozoïdes pénètrent, grâce à leurs mouvements propres, dans le canal cervical, puis utérin pour gagner de là les trompes en luttant victorieusement contre les cils vibratiles de l'épithélium utéro-salpingien qui tendent à les repousser en sens inverse. On sait, d'autre part, que, pour que la fécondation soit possible, il n'est pas nécessaire que le sperme soit déposé dans le vagin, il suffit qu'il soit projeté sur la vulve. En l'injectant dans la cavité utérine, on se propose de franchir un obstacle siégeant dans le canal cervical (sténose, barrière glaireuse résultant d'une cervicite, flexion, etc.). Mais il est alors beaucoup plus logique de traiter d'abord directement ces causes de stérilité pour ne recourir à la fécondation artificielle qu'après l'échec d'une thérapeutique plus rationnelle.

Il serait également indiqué de l'employer, si l'on constatait chez une femme comme cause unique de stérilité une acidité permanente des sécrétions vaginales. On sait en effet que les spermatozoïdes sont rapidement tués par les acides.

Enfin nous trouvons encore des indications dans les cas où le coït est impossible soit du fait de la femme (vaginisme, etc.), soit du fait du mari. Dans ce dernier cas, il

faudrait : 1° qu'il soit possible d'obtenir des éjaculations ; 2° que le sperme renferme des spermatozoïdes.

Nous devons faire remarquer que dans ces différentes hypothèses, où il y a impossibilité du coït, il n'est nullement nécessaire d'aller injecter le sperme dans l'utérus, il suffit de le déposer sur le museau de tanche.

En résumé, les indications de la fécondation artificielle nous paraissent très restreintes. Nous allons brièvement indiquer sa technique.

Il faut d'abord s'assurer que le sperme à injecter contient des spermatozoïdes. S'il n'en renferme pas, on se gardera de faire part de cette découverte aux intéressés, mais on les dissuadera de l'opération projetée sous un prétexte quelconque.

Les périodes les plus favorables à la fécondation sont les jours qui précèdent ou qui suivent immédiatement les règles.

L'instrumentation peut se réduire à peu de chose; il existe bien des seringues spéciales, de Roubaud, de Pajot, etc., mais il nous paraît inutile d'employer autre chose qu'une seringue ordinaire à injections hypodermiques toute en verre et une sonde en gomme à bout coupé n° 8 ou 9 de la filière Charrière.

La meilleure manière de recueillir le sperme est de coiffer la verge d'un condom incomplètement enfoncé. Quand l'éjaculation est terminée, on le retire et, en donnant un coup de ciseaux à l'extrémité du cul-de-sac, on recueille aisément le sperme dans un petit récipient quelconque (verre de montre par exemple).

Tous les objets qui serviront à recueillir, puis à injecter le sperme, doivent être stérilisés par ébullition dans de l'eau salée physiologique à 8 grammes pour 1.000, puis amenés et maintenus à une température aussi voisine que possible de 37° centigrades. Point n'est besoin pour cela d'une étuve spéciale, il suffit de les déposer sur une couche assez épaisse de coton hydrophile imbibé d'eau salée à cette température.

Il est important de ne se servir que d'eau salée physiologique, car on sait que l'eau pure est toxique pour les spermatozoïdes.

Il reste à injecter le sperme dans l'utérus. La sonde en gomme que l'on a préparée a un pavillon beaucoup trop large pour s'adapter à la seringue hypodermique, il faut avec des ciseaux couper la presque totalité du pavillon et n'en laisser qu'un petit bout en entonnoir juste assez grand pour que la petite extrémité de la seringue y pénètre bien exactement et tienne d'elle-même sans se déplacer au moindre mouvement.

Pour l'injection le mieux est de mettre la patiente en travers de son lit, les membres inférieurs maintenus fléchis par un procédé quelconque (aides, porte-jambes, chaises, etc.). On introduit un spéculum, puis on nettoie le museau de tanche avec un peu de coton stérilisé monté sur une pince. On peut alors placer doucement la sonde en gomme, qui doit être enfoncée jusqu'à sa rencontre avec le fond de l'utérus. Cette introduction d'une sonde n° 9 est presque toujours des plus faciles; si l'on craignait de ne pas pouvoir passer, il faudrait mettre l'avant-veille une laminaire qu'on laisserait 12 heures, mais il est préférable d'éviter cette dilatation préalable.

Une fois la sonde mise en place, on aspire le sperme avec la seringue et, après l'avoir adaptée exactement au pavillon de la sonde, on pousse très doucement l'injection.

Il faut éviter d'injecter dans la cavité utérine une trop grande quantité de sperme. Le canal de la sonde en retient environ quatre dixièmes de centimètres cubes ; en chargeant la seringue d'un centimètre cube de liquide séminal, on introduit donc dans l'utérus à peu près un demi-centimètre cube de semence. Il serait inutile et même nuisible de dépasser ce volume, on risquerait de provoquer des contractions utérines douloureuses.

L'injection terminée, la malade se place dans le décubitus horizontal, le siège légèrement surélevé par un coussin ; elle

devra garder cette position pendant quelques heures et rester 24 heures au lit.

Chez certaines femmes on peut observer des coliques utérines plus ou moins violentes et parfois, mais rarement, des réflexes cardiaques allant jusqu'à la syncope. Dans le premier cas on prescrira un lavement à conserver composé de :

Laudanum de Sydenham	XX gouttes
Antipyrine	1 gramme
Eau tiède	un demi-verre

L'état lipothymique ou syncopal sera combattu par le décubitus horizontal, les flagellations, les frictions d'alcool, les injections intra-musculaires d'éther.

On exigera que le mari assiste à toutes les opérations et, autant que possible, on fera devant lui la stérilisation de tous les instruments.

FIBROMES ET PUERPÉRALITÉ

Les fibromes utérins ne sont pas une cause de stérilité, bien qu'on les rencontre de préférence chez les femmes qui n'ont jamais eu d'enfants. Lorsqu'ils existent dans un utérus, qui est devenu gravide, ils subissent le plus souvent des modifications déterminées par la grossesse, ils peuvent aussi retentir sur l'évolution de cette dernière, sur le travail et même sur les suites de couches.

Clinique. — Sous l'influence du développement de l'utérus gravide, les fibromes implantés sur cet organe participent à l'hypertrophie du muscle utérin, aussi peuvent-ils augmenter rapidement et considérablement de volume, surtout lorsque le tissu musculaire prédomine dans leur structure. Leur hypertrophie est moins accusée lorsqu'ils sont constitués par du tissu fibreux. Parfois le développement de la tumeur s'accompagne d'un ramollissement dû à

une infiltration œdémateuse ou à la formation de cavités, qui se remplissent de liquide.

Quant à l'influence des fibromes sur la gravidité, elle est le plus souvent nulle, c'est là un fait qu'on ne saurait trop mettre en relief. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'ils déterminent les accidents que nous allons énumérer et que le praticien doit connaître : insertion vicieuse du placenta, métrorrhagies, avortement et accouchement prématuré, mort du fœtus au cours de la grossesse, présentations anormales, siège, face ou tronc, voici pour l'action des fibromes sur l'œuf lui-même. Mais on peut également rencontrer des troubles d'ordre local ou d'ordre général déterminés par la masse formée par l'utérus gravide et par le ou les fibromes surajoutés, ce sont surtout des phénomènes de compression : constipation, gêne de la défécation, parfois même obstruction intestinale, vomissements, rétention d'urine, hydronéphrose et pyélonéphrite, névralgies crurales et sciatiques, varices, œdème des membres inférieurs et sus-pubien, intermittences du pouls, cyanose, gêne respiratoire. Les phénomènes de compression sont surtout accusés dans les cas de fibromes pelviens et de masses volumineuses ou multiples abdominales.

Les fibromes sous-séreux sont exposés à un accident comparable à celui qui se produit parfois au niveau des kystes de l'ovaire coïncidant avec une grossesse, la torsion de leur pédicule. Sous l'influence de cette torsion il se produit de la gêne circulatoire suivie de mortification et de retentissement péritonéal.

Pendant le travail, en dehors des présentations vicieuses déjà signalées, la présence des fibromes peut affaiblir la contraction utérine et déterminer de l'inertie ou, ce qui est plus grave, créer un obstacle à la descente du fœtus lorsqu'ils siègent sur le segment inférieur ou lorsqu'ils occupent la cavité pelvienne. Le volume et la situation des fibromes, qui semblent au premier abord devoir déterminer une dystocie sérieuse, peuvent subir des mo-

difications heureuses, ramollissement et déplacement. Le mouvement ascensionnel est facilité par la localisation sur la face antérieure de l'utérus et par l'existence d'un pédicule.

Au cours de la délivrance il faut surtout craindre l'hémorragie, due le plus souvent à un décollement partiel du placenta dont certains cotylédons sont retenus par des adhérences anormales.

Les suites de couches peuvent être fébriles par le fait même des fibromes, soit qu'il y ait eu rétention cotylédonaire ou membraneuse, soit qu'il y ait difficulté dans l'écoulement des lochies, soit qu'il se produise à ce moment du sphacèle au niveau des tumeurs fibreuses traumatisées pendant l'accouchement.

Il n'est pas rare de ne reconnaître un utérus fibromateux qu'au cours de la gravidité ; car, sous l'influence de cette dernière, des tumeurs de très petit volume, latentes pour ainsi dire, augmentent de volume et deviennent perceptibles au palper. Mais, si la grossesse dévoile les fibromes, ceux-ci peuvent voiler la grossesse surtout lorsqu'ils donnent naissance à des pertes sanguines prises à tort pour des manifestations menstruelles. L'augmentation rapide des tumeurs fibreuses, leur déplacement et surtout leur ascension vers la cavité abdominale constituent des signes de premier ordre qui doivent faire penser à la gravidité lorsqu'ils s'accompagnent d'un arrêt ou d'une diminution de la menstruation. Mais, pour arriver à porter un diagnostic à peu près certain, des examens répétés et pratiqués à plusieurs semaines d'intervalle sont nécessaires.

Certains fibromes renfermés dans l'épaisseur de la paroi utérine ont pu être pris pour des parties fœtales; le signe le plus important, qui permet d'éviter cette erreur, c'est de provoquer une contraction de l'utérus; à ce moment la tumeur fibreuse est plus accusée alors que les parties fœtales disparaissent. Nous ne parlerons pas de quelques erreurs qui ont été signalées, mais qui sont fort rares; c'est

ainsi que des tumeurs fibreuses précédant le fœtus ont pu être prises pour la tête de ce dernier.

Quant au diagnostic différentiel entre le fibrome à pédicule, surtout entre le fibrome à pédicule tordu, et le kyste de l'ovaire présentant la même complication, il est à peu près impossible à faire. Cela importe peu du reste, la conduite à tenir étant la même dans les deux cas.

Conduite à tenir. — L'introduction des procédés chirurgicaux en obstétrique et les heureux résultats obtenus ont complètement modifié et simplifié la conduite à tenir surtout au cours du travail.

I. — D'une façon générale, comme le prouvent les nombreuses statistiques établies dans ces dernières années, l'*abstention* s'impose *pendant la grossesse*, car les fibromes sont habituellement bien tolérés. Il n'y a lieu d'intervenir chirurgicalement que si la vie de la femme se trouve être en danger. L'opération ne peut être l'objet d'aucune discussion et sera pratiquée d'urgence dans les cas de suppression complète du fonctionnement vésical et dans le cas d'obstruction intestinale. Elle peut au contraire être discutée s'il s'agit d'une question d'état général : amaigrissement extrême, douleurs violentes accompagnées d'agitation et d'absence du sommeil, vomissements répétés, œdème, palpitations. L'examen du pouls est dans tous ces cas un guide précieux : si les pulsations atteignent 100 d'une façon constante, l'intervention s'impose.

L'avortement et l'accouchement prématuré provoqués sont de mauvaises interventions qu'il faut rejeter.

La myomectomie n'est indiquée que dans le cas de fibrome pédiculé.

L'*hystérectomie abdominale* est donc la seule opération à laquelle il faut avoir recours, lorsque des accidents graves exigent d'intervenir au cours de la grossesse.

II. — *Pendant le travail*, la conduite à tenir varie suivant les cas.

S'agit-il de fibromes peu volumineux, implantés sur le

corps de l'utérus, on ne doit pas alors en tenir compte et il faut envisager l'accouchement comme devant être normal.

S'agit-il au contraire de fibromes du segment inférieur siégeant dans le petit bassin ou dans son voisinage et créant un obstacle incomplet à la descente du fœtus, la possibilité d'une intervention chirurgicale par la voie abdominale doit alors être envisagée, et tous les préparatifs nécessaires à cette opération doivent être faits aussitôt.

Enfin dans certains cas la où les tumeurs créent un obstacle absolu s'opposant à l'extraction de l'enfant par les voies naturelles, l'intervention par la voie abdominale a été prévue avant le travail; elle sera pratiquée dès le début des contractions. Certains accoucheurs conseillent même dans ces cas de ne pas attendre le début du travail et d'opérer au terme présumé de la grossesse. En agissant ainsi on risque d'extraire un enfant avant le terme de la gravidité, qu'il est presque impossible de fixer d'une façon certaine.

Lorsque le siège, la mobilité, le petit volume et la consistance du fibrome permettent d'espérer un accouchement par les voies naturelles, il est indiqué d'attendre et d'exercer une surveillance active sur la marche du travail et sur l'état du fœtus. Si le fibrome peut être refoulé, on peut à la rigueur tenter le refoulement manuel à la condition qu'il soit pratiqué sans violence. La terminaison de l'accouchement est-elle indiquée, une intervention ayant pour but d'extraire le fœtus par les voies naturelles, application de forceps ou version, ne sera pratiquée que si l'enfant ne doit pas être soumis à des tractions ou à des compressions dangereuses et si la mère ne doit pas être exposée à des traumatismes graves. La *césarienne est donc indiquée*, lorsque l'accouchement traîne en longueur et que l'obstacle paraît ne pas pouvoir être franchi sans danger pour le fœtus et pour la mère.

A part quelques exceptions, c'est la *césarienne suivie de l'hystérectomie totale* ou *subtotale* qu'il faut pratiquer. Si l'opérateur n'était pas entraîné à ce genre d'opération et

s'il y avait urgence, il pourrait à la rigueur recourir à l'opération de Porro, à la condition que les fibromes ne siègent pas au niveau du segment inférieur.

La césarienne conservatrice est toujours une mauvaise opération, lorsqu'on est en présence d'un utérus fibromateux, surtout si l'intervention est pratiquée tardivement et si les membranes sont rompues depuis un certain temps.

La césarienne suivie d'une simple myomectomie a des indications très restreintes, aussi devra-t-on y avoir très rarement recours.

Nous avons jusqu'ici envisagé le cas où l'enfant est vivant, l'intervention par la voie abdominale peut cependant être formellement indiquée dans le cas de fœtus mort, lorsque celui-ci ne peut être extrait, même réduit, par les voies naturelles. Dans le cas de *putréfaction fœtale,* il y a intérêt à faire l'ablation de l'utérus sans césarienne préalable pour éviter l'inoculation de la cavité péritonéale par des germes septiques.

III. — *Pendant les suites de couches*, alors même que l'accouchement s'est terminé spontanément par les voies naturelles, il est parfois nécessaire d'intervenir. Les principales indications sont les hémorragies rebelles et surtout les accidents infectieux déterminés par le sphacèle des tumeurs fibreuses. L'hystérectomie abdominale peut à la rigueur dans ces cas être remplacée par l'hystérectomie vaginale, qui présente certaines difficultés à cause de la friabilité de l'utérus post-partum.

FŒTUS (EXCÈS DE VOLUME DU)

I. — Excès de volume total.

Un fœtus vivant et bien constitué est considéré comme ayant un volume supérieur à la normale lorsqu'il pèse plus de neuf livres. On rencontre cet excès de volume le plus sou-

vent chez des femmes ayant dépassé quarante ans ou chez des femmes obèses ayant pris peu d'exercice pendant la durée de la grossesse. La stature du père a également une grande importance au point de vue pathogénique.

Au volume exagéré du fœtus correspondent une quantité de liquide amniotique plus abondante et un placenta plus volumineux. Aussi le développement abdominal est-il d'ordinaire très considérable, il n'est pas rare de constater des hauteurs utérines de 0 m. 40 et plus. Le palper, parfois fort difficile à pratiquer à cause de l'épaisseur de la couche graisseuse, permet de reconnaître la présence d'un seul fœtus et d'éliminer la grossesse gémellaire et l'hydramnios.

L'accouchement présente souvent des difficultés; la dilatation peut traîner en longueur, surtout si la poche des eaux se rompt d'une façon prématurée ou précoce et si le fœtus reste au-dessus du détroit supérieur. La tête fœtale s'engageant peut être retenue dans l'excavation par le diamètre exagéré des épaules, la même difficulté se rencontre si, après bien des efforts, l'extrémité céphalique a été entraînée hors de la vulve. Ce sont en effet presque toujours les *épaules qui créent la dystocie* chez les fœtus volumineux.

La longueur de travail, les difficultés non seulement de l'accouchement, mais encore des interventions constituent des éléments de pronostic grave pour le fœtus, qui succombe souvent, et pour la mère chez laquelle on constate le plus habituellement des traumatismes importants : éclatement du vagin, rupture du périnée, compliquée parfois de déchirure ano-rectale.

Dans la pratique le traitement prophylactique est rarement appliqué lors d'un premier accouchement, si le bassin est normal, souvent même il s'agit de femmes de taille au-dessus de la moyenne. Ce ne sont que les difficultés rencontrées au cours de l'accouchement précédent et sa terminaison malheureuse qui font mettre en œuvre la thérapeutique idéale.

Traitement. — Deux cas sont à considérer en clinique,

qui commandent une conduite bien différente : tantôt il s'agit d'une dystocie prévue par la marche des accouchements précédents et nécessitant un traitement prophylactique, tantôt au contraire les difficultés n'éclatent que pendant l'expulsion, aussi un traitement curatif lui est-il applicable.

Traitement prophylactique.— Lorsqu'au cours de plusieurs accouchements antérieurs l'excès de volume de l'enfant a exigé une intervention mutilatrice, il est prudent de provoquer l'accouchement prématuré, en prenant comme guide le développement fœtal reconnu par le palper et par la mensuration de la hauteur utérine. Dès que celle-ci atteint 0 m. 35, il est indiqué d'intervenir.

Traitement curatif. — Si le fœtus vivant paraît bien développé et si le palper mensurateur démontre une disproportion manifeste entre son volume et les dimensions du bassin qui peuvent être normales, il faut soit pratiquer d'emblée l'opération césarienne, soit attendre, à la condition qu'il s'agisse d'une multipare, et recourir à la symphyséotomie ou à la pubiotomie si l'engagement ne se produit pas.

Lorsque le fœtus paraît atteint de malformations ou si sa vie est compromise par des tentatives opératoires, on pratiquera :

Dans la présentation du sommet, la basiotripsie suivie de la décollation, puis de l'abaissement du bras; si, après l'extraction de la tête, on éprouve des difficultés à engager les épaules, on pourra recourir à la section des clavicules.

Dans la présentation du siège : 1° l'éviscération abdominale et thoracique ; 2° l'abaissement des bras au besoin en fracturant l'humérus ; et 3° la basiotripsie sur la tête dernière.

II. — Excès de volume partiel du fœtus.

En dehors de l'excès de volume total, le fœtus peut encore présenter un développement exagéré soit au niveau de

son extrémité céphalique, soit au niveau de son abdomen. Nous étudierons d'une façon spéciale, la dystocie créée par l'hydrocéphalie (voir HYDROCÉPHALIE), nous n'exposerons dans ce chapitre que la dystocie déterminée par un développement exagéré de l'abdomen. Fidèle à notre programme, nous n'insistons pas sur les différentes affections produisant cette distension, ces affections congénitales dont l'intérêt est surtout anatomo-pathologique.

Au point de vue pratique, retenons seulement le caractère suivant, c'est que le développement anormal de l'abdomen fœtal est constitué par une masse soit liquide, soit solide. Les tumeurs liquides, les plus fréquentes de toutes, ont habituellement pour origine de l'ascite ou une rétention d'urine; les tumeurs solides, plus rares que les précédentes, sont presque toujours déterminées par des tumeurs rénales polykystiques. Les autres affections abdominales qu'on peut rencontrer sont tellement exceptionnelles que nous les passerons sous silence.

La dystocie engendrée par le développement anormal de l'abdomen apparaît au cours de la période d'expulsion, aussi est-ce d'ordinaire à ce moment-là seulement que le diagnostic peut être posé. Le fœtus se présente le plus souvent longitudinalement tantôt par le sommet, tantôt par le siège, les présentations transversales sont exceptionnelles.

L'accouchement suit son cours normal jusqu'à la période expulsive. S'agit-il d'une présentation céphalique, la tête fœtale est hors de la vulve, c'est au moment où le praticien cherche à dégager les épaules qu'il éprouve de la résistance; des tractions de plus en plus fortes sont alors exercées souvent même après avoir placé la femme en travers du lit, et cependant elles ne sont couronnées d'aucun succès. Dans le cas où le fœtus se présente par le siège, les difficultés apparaîtront plus tôt encore; on est généralement en présence d'un siège complet, les membres inférieurs ont été dégagés et saisis au moyen de compresses stérilisées ou de serviettes bouillies, la femme ayant été couchée transversalement en

position obstétricale, la région fessière affleurant le bord du lit. Des tractions sont exercées sur les membres inférieurs du fœtus et de haut en bas, rien ne vient.

Dans les deux cas, sommet ou siège, il faut très rapidement savoir suspendre les tractions et aller reconnaître l'obstacle, sinon des traumatismes graves pour la mère peuvent en résulter. Un seul procédé est capable de nous renseigner, le *toucher manuel*. Après toutes les précautions antiseptiques d'usage, on introduit doucement la main, de préférence celle qui, placée dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination, regarde le plan ventral du fœtus. Arrivée au niveau du détroit supérieur, elle se trouve arrêtée par une masse ordinairement sphérique, qui fait partie du fœtus, c'est qu'en effet l'obstacle pourrait être d'une autre nature : présence d'un deuxième fœtus, tumeur utérine ou pérutérine, rétraction du muscle utérin, etc.

Après avoir reconnu le développement exagéré de l'abdomen fœtal, il faut toujours par le même moyen chercher à se rendre compte de la consistance de cette tumeur. Est-elle constituée par du liquide, elle donnera aux doigts qui explorent une sensation de résistance comparable à celle d'un kyste; est-elle au contraire formée par une masse solide, elle sera moins régulière, moins tendue, plus dure? Ce diagnostic a son importance, car de lui dépend le choix du procédé opératoire, qui varie suivant la constitution liquide ou solide de la tumeur.

Traitement. — Pour lever l'obstacle il faut évacuer le contenu abdominal, l'intervention est simple si celui-ci est liquide, elle sera au contraire plus laborieuse s'il s'agit d'une masse solide.

Les tumeurs liquides, ascite, rétention d'urine, seront traitées par la *ponction:* on emploiera pour cela soit le trocart classique, soit une aiguille d'un appareil Potain ou Dieulafoy, soit, si l'on n'a pas un de ces instruments sous la main, les ciseaux de Dubois qui doivent toujours entrer dans la composition de la trousse obstétricale. La partu-

riente est couchée transversalement sur son lit ou placée sur une table garnie en position obstétricale; après une antisepsie rigoureuse des organes génitaux de la femme, des mains et des avant-bras de l'opérateur, celui-ci introduit dans le vagin la main, située du même côté que l'abdomen du fœtus. Il se met en rapport avec la partie la plus déclive de la tumeur, en faisant, si c'est nécessaire, exercer des tractions modérées sur la portion du fœtus qui est hors de la vulve, l'extrémité céphalique dans la présentation du sommet, les membres inférieurs dans la présentation du siège. Il glisse doucement le long de la face palmaire de la main l'instrument, trocart ou ciseaux, qui vient à son tour prendre contact avec l'abdomen fœtal. Guidée par les doigts de la main introduite profondément, l'extrémité du trocart est alors enfoncée dans la paroi fœtale. S'il s'agit des ciseaux de Dubois, on incise cette dernière par petits coups ; dès qu'une ouverture suffisante a été pratiquée, on l'agrandit au moyen de l'index poussé dans la cavité abdominale du fœtus et on laisse le liquide s'écouler complètement.

L'abdomen se vide à la façon d'une outre et l'accouchement peut ensuite être terminé très facilement.

Dans le cas de tumeur solide il faut pratiquer une plus large brèche au niveau de la paroi fœtale, car la main entière devra pénétrer dans l'abdomen du fœtus pour en extraire le contenu. On devra toujours agir avec beaucoup de prudence au moment de la section pariétale et ne progresser que centimètre par centimètre, chaque coup de ciseau sera du reste contrôlé par les doigts de la main guide pour éviter les trumatismes de l'utérus.

Lorsque l'ouverture est suffisante pour le passage de trois ou quatre doigts, ceux-ci pénètrent dans la cavité, ils arrachent les organes les plus résistants et les repoussent du côté de la brèche. L'*éviscération* est terminée, lorsque l'abdomen a pris un volume à peu près normal.

Le fœtus peut alors être extrait sans difficultés.

Il arrive parfois, lorsque l'extrémité céphalique est hors

de la vulve, qu'on ne peut introduire la main dans le vagin sans risquer de faire des délabrements maternels; il est préférable dans ce cas de sectionner le cou du fœtus et d'abaisser un des bras ou les deux, la place est alors suffisante pour glisser une main. Les bras du fœtus serviront d'abord à empêcher celui-ci de remonter, et plus tard à exercer des tractions pour l'entraîner au dehors quand l'obstacle aura été levé.

Après l'éviscération, il est prudent de pratiquer une large irrigation vaginale, puis intra-utérine avec un liquide antiseptique non caustique. La délivrance ne sera terminée artificiellement que si des indications se posent.

Les suites de couches seront l'objet d'une surveillance plus attentive et de soins antiseptiques plus fréquents.

FOETUS (TRAUMATISMES DU)

Au cours de l'accouchement normal le fœtus est peu exposé aux traumatismes; il n'en est pas de même lorsqu'il existe une cause quelconque de dystocie, et surtout lorsque celle-ci a pour origine une viciation pelvienne; l'enfant peut alors être lésé plus ou moins grièvement soit spontanément, soit plutôt à la suite d'une intervention telle que le forceps, l'extraction du siège ou la version.

Dans d'autres cas beaucoup plus rares le fœtus est blessé par méprise, lorsqu'on s'acharne par exemple à percer une poche des eaux absente constituée en réalité par une bosse séro-sanguine.

De tous ces traumatismes, les uns sont extrêmement bénins, d'autres au contraire comme les fractures du crâne sont très graves.

Beaucoup peuvent être évités en rejetant autant que possible de la thérapeutique obstétricale les interventions brutales, dont le type est fourni par l'application de forceps au détroit supérieur dans un bassin vicié.

Parmi les lésions traumatiques auxquelles est exposé le fœtus, nous passerons en revue successivement :

1° Les contusions et les plaies.

2° Les lésions du squelette.

3° Les lésions musculaires.

4° Les lésions nerveuses périphériques.

1° Les *contusions* sont fréquentes surtout à la suite des applications de forceps ; leur importance est des plus variables, elles sont parfois compliquées de plaies et de véritables écrasements. Nous n'insistons pas sur leur diagnostic qui est évident.

Traitement. — Quand elles sont simples et peu prononcées, elles disparaissent rapidement sans laisser de traces, il est donc inutile de les traiter. Si, au contraire, elles sont compliquées de plaie, il y a danger d'infection et il est nécessaire pour l'éviter d'appliquer un pansement stérile à leur niveau.

Il y a avantage à faire ce pansement le plus tôt possible après la naissance, au moment où les téguments sont encore presque aseptiques.

En donnant à l'enfant les premiers soins de propreté il faut éviter de toucher les plaies avec des objets ou des liquides non stérilisés ; le mieux est de poser dans ce but un pansement immédiat qui suivant le cas peut être provisoire ou définitif. L'eau bouillie, l'alcool, la teinture d'iode à petite dose doivent être les seuls topiques à employer à l'exclusion du sublimé ou des autres antiseptiques qui sont trop irritants pour la peau délicate du nouveau-né.

C'est presque toujours un pansement sec qui est indiqué au moins au début. Le pansement humide ne doit être employé que le moins possible, et seulement dans les cas où il y a infection réalisée ; c'est à l'eau bouillie qu'il faut avoir recours.

Si l'on a à traiter une plaie à bords nets, profonde, produite par des ciseaux ou un bistouri, il est formellemen indiqué de la suturer.

2° Les *lésions du squelette*, qu'on rencontre en pratique, sont des fractures ou des décollements épiphysaires, nous consacrerons un paragraphe spécial aux lésions du crâne en raison de leur importance.

Les fractures et les décollements épiphysaires sont fréquents, les membres du fœtus y sont particulièrement exposés pendant la version et l'extraction du siège, mais ces traumatismes sont en grande partie évitables.

Les fractures des membres peuvent passer inaperçues, lorsque les fragments sont plus ou moins engrenés ; on ne constate qu'une certaine impotence fonctionnelle ; mais, au bout de quelques jours l'apparition du cal fait porter le diagnostic.

Dans la plupart des cas il existe outre l'inertie du membre atteint une mobilité anormale et une crépitation caractéristiques.

Traitement. — Il consiste à appliquer des appareils de contention que l'on peut improviser facilement avec de petites attelles de carton, du coton et des bandelettes de diachylon. La réduction n'offre aucune difficulté et, même avec une contention défectueuse la consolidation régulière est la règle. Il faut serrer modérément les bandes de peur de produire des escharres. Dès que le cal paraît solide (3 semaines environ pour l'humérus), on enlève l'appareil en recommandant de traiter le membre avec ménagements au cours de l'emmaillotage. Il est inutile de l'immobiliser à partir de ce moment.

Pour la fracture de la clavicule on se borne à entourer d'ouate le membre supérieur correspondant et à tenir l'humérus accolé au thorax au moyen d'un petit bandage de corps.

Lésions du crâne. — Elles sont représentées par des fractures ou des enfoncements simples ou compliqués de fracture.

La fracture se reconnaît à la dépressibilité anormale et localisée de la voûte et à une crépitation caractéristique ; grâce

à la faible épaisseur des téguments on peut en outre sentir sous la peau le bord tranchant des fragments, en les faisant chevaucher les uns sur les autres. L'enfoncement saute aux yeux ; on ne saurait mieux le comparer qu'à la bosselure d'un chapeau de feutre rigide.

Outre ces signes locaux il y a parfois des troubles généraux, qui peuvent cependant s'observer en dehors de toute fracture : ce sont l'état de mort apparente du nouveau-né, qui est souvent très difficile à ranimer, les convulsions, les paralysies, les contractures. On peut enfin observer des complications éloignées plus ou moins graves, paralysies persistantes, débilité mentale, maladie de Little, etc.

Traitement. — S'il n'y a pas de déformation crânienne, il faut se borner à traiter les symptômes généraux qui peuvent se présenter. L'enfant doit être mis dans les meilleures conditions hygiéniques, la couveuse est assez souvent indiquée. Il ne faut pas se presser d'alimenter le blessé, il est bon de lui donner pendant les deux ou trois premiers jours de l'eau bouillie pour éviter une déshydratation trop forte, puis du lait en très petite quantité à partir du troisième ou quatrième jour et seulement si l'enfant va bien.

Contre les *convulsions* il faut prescrire des bains à 37° de dix minutes de durée toutes les trois heures et une demi-cuillerée à café d'heure en heure de la solution suivante :

Sirop de chloral	5 grammes
Eau distillée	100 —

Au moment des crises on a recours aux inhalations de chloroforme. Enfin il peut être indiqué de faire une ponction lombaire, si l'on trouve une tension exagérée des fontanelles.

La broncho-pneumonie est fréquente ; on peut tenter de la combattre par des bains sinapisés, mais sans se faire illusion sur la terminaison qui est presque toujours fatale.

Dans les cas où il y a enfoncement du crâne, deux éventualités sont possibles : ou bien il n'y a aucun trouble appa-

rent dans la santé du nouveau-né et alors on doit s'abstenir de tout traitement, il arrive souvent que l'enfoncement disparaît spontanément. Ou bien il se produit des complications : impossibilité de faire respirer l'enfant, paralysies, contractures, convulsions, et alors il faut intervenir. Cette intervention consiste soit en massages par pression du crâne à distance ou au voisinage de l'enfoncement, soit en réduction instrumentale après incision des téguments. On peut alors obtenir la réduction en exerçant des tractions au moyen d'un tire-fond enfoncé avec prudence dans l'os et agissant comme un tire-bouchon ou au contraire en poussant de dedans en dehors au moyen d'une tige rigide (sonde cannelée par exemple) que l'on glisse entre la dure-mère et l'os grâce à une incision pratiquée au niveau d'une suture voisine de l'enfoncement.

3° ***Lésions musculaires***. — La plus fréquente est l'arrachement partiel ou total d'un sterno-mastoïdien. Ce délabrement se reconnaît à la formation d'un hématome plus ou moins volumineux dans la région antéro-latérale du cou. Il a souvent pour conséquence éloignée un torticolis dit congénital.

Traitement. — Il faut surtout éviter l'arrachement au cours des manœuvres d'extraction d'une tête dernière ou de tractions trop énergiques et trop brusques sur une tête qui ne descend pas ; il est préférable de recourir à l'expression abdomino-utérine pour diminuer l'énergie néfaste des tractions exercées sur le cou.

Plus tard on doit combattre par le massage et une gymnastique appropriée les attitudes vicieuses, dès qu'elles tendent à apparaître.

Nous n'avons pas à décrire les interventions chirurgicales destinées à guérir le torticolis.

4° ***Lésions nerveuses***. — Nous nous occuperons seulement des deux variétés de lésions les plus répandues : la *paralysie faciale*, qui est une paralysie par contusion et compression, et la *paralysie radiculaire du plexus brachial*, qui est

presque toujours une paralysie par arrachement ou par élongation.

La *paralysie faciale* se reconnaît d'emblée, le nouveau-né garde un œil grand ouvert qui contraste avec l'occlusion énergique et persistante du côté sain, de plus la joue paralysée est flasque et au moment des cris la commissure labiale correspondante reste inerte. C'est une paralysie du type périphérique avec participation de l'orbiculaire des paupières, on la voit surtout à la suite d'applications de forceps obliques par rapport à la tête lorsque le bec de l'une des cuillers vient comprimer le nerf facial en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur.

Elle guérit presque toujours spontanément en un temps qui varie de quelques heures à 8 ou 15 jours.

Traitement. — L'expectation est la règle ; si, au bout de 15 jours, il n'y a aucune amélioration, on doit soumettre le petit malade au traitement électrique (voir ci-après TRAITEMENT DE LA PARALYSIE DU PLEXUS BRACHIAL).

La paralysie radiculaire du plexus brachial s'observe à la suite de tractions violentes sur le cou particulièrement au cours de l'extraction de la tête dernière. Il y a élongation des racines du plexus, accompagnée souvent d'arrachement.

Elle est caractérisée par l'inertie absolue du bras contrastant avec la grande mobilité de la main et la mobilité assez grande de l'avant-bras, les racines les plus fréquemment lésées se rendent en effet aux muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur, long supinateur. Elle se distingue de la fracture de l'humérus par une inertie totale du bras et par l'absence de mobilité anormale et de crépitation. Si elle est méconnue et traitée par erreur comme fracture, le temps se charge en 8 à 10 jours de faire rectifier le diagnostic, car le bras ne reprend aucune mobilité et il ne se forme pas de cal.

Cette forme de paralysie est grave ; souvent longue à guérir, elle est parfois définitive avec atrophie considérable des muscles précités.

Traitement. — Cette dangereuse lésion doit être évitée ; il faut toujours exercer des tractions prudentes en extrayant la tête et recourir à l'expression abdomino-utérine lorsqu'on constate l'insuffisance des seules tractions.

Contre la paralysie constituée il faut employer le massage, les frictions, les bains salés et surtout l'électrothérapie.

Tant que les muscles réagissent au courant faradique, on fait de la faradisation, tous les jours au début, puis tous les deux jours. On applique une électrode dorsale, et l'autre au point moteur de chaque muscle successivement. On fait exécuter en chaque point une vingtaine de contractions au rythme de 40 à la minute environ.

Si l'excitabilité faradique est abolie, il faut se servir du courant galvanique de 3 à 4 milliampères d'intensité pendant 5 à 10 minutes chaque jour. On place une large électrode dorsale en terre glaise reliée au pôle positif et l'on fait plonger la main dans une cuvette d'eau salée reliée au pôle négatif. Au bout de quelques jours ce dernier est appliqué directement sur les muscles et on termine chaque séance en faisant des interruptions de courant pour provoquer les contractions musculaires. Dès que l'excitabilité faradique reparaît, on se sert du courant faradique.

Nous laissons en dehors de ce chapitre les traumatismes qui peuvent frapper le fœtus *in utero* par suite de violences exercées sur la mère, ils n'ont que peu d'intérêt pratique et sont d'ailleurs extrêmement rares.

FORCEPS

L'application de forceps est une des interventions le plus souvent employées dans la pratique obstétricale. Nous pourrions même ajouter, sans être taxés d'exagération, que beaucoup de praticiens y ont trop facilement recours, que nombre d'extractions fœtales auraient pu être évitées et

que l'accouchement se serait terminé par une expulsion spontanée, si l'on avait su attendre.

L'application de forceps a des indications précises qu'il est nécessaire de bien connaître ; elles seules en effet commandent l'intervention. Toute opération non indiquée est une faute professionnelle, qui peut avoir des conséquences graves pour la mère ou pour l'enfant, parfois même pour les deux. Dans la pratique journalière, il faut savoir résister aux prières de la parturiente et de son entourage qui expriment le désir « d'en finir » ; il faut également savoir résister à des considérations personnelles (longue immobilisation, fatigue, etc.). Un accouchement terminé par les seules forces de la nature fait courir moins de risques qu'une extraction instrumentale même facile et bien faite.

Le forceps Tarnier, qui est actuellement en France l'instrument de ce genre le plus répandu, n'a été construit que pour saisir l'extrémité céphalique *fléchie :* aussi, d'une façon générale, ne doit-il être appliqué que dans la présentation du sommet.

Le forceps est également employé dans la présentation de la face et même dans la présentation du siège décomplète mode des fesses profondément engagé ; mais, dans ces deux cas, il sort déjà de ses attributions et dans le dernier il est particulièrement dangereux. Il ne faut recourir au forceps pour extraire un enfant mort qu'à une seule condition, c'est qu'on n'ait pas sous la main un instrument réducteur, basiotribe ou cranioclaste, et qu'il soit nécessaire de terminer rapidement l'extraction du fœtus. Enfin le forceps ne doit jamais être appliqué sur un enfant qui n'a pas franchi le détroit supérieur, surtout si ce dernier est rétréci.

L'extraction instrumentale doit être pratiquée chaque fois qu'il est nécessaire de terminer l'accouchement soit dans l'intérêt de la parturiente, soit dans l'intérêt du fœtus, souvent même dans l'intérêt des deux, car dans la plupart des cas des troubles organiques ou physiologiques maternels

s'accompagnent de troubles dans l'organisme de l'enfant.

Le forceps ne peut pas être employé à n'importe quel moment du travail, il est absolument nécessaire que le col soit complètement dilatable, c'est là une condition qui ne souffre aucune exception. Il est également nécessaire que les membranes soient rompues, il faut donc commencer par s'en assurer en s'adressant au besoin au toucher manuel et les rompre, si elles ne le sont pas. Enfin, à part des cas exceptionnels auxquels nous avons déjà fait allusion, l'enfant doit être vivant et il ne doit pas être exposé à subir au cours de l'extraction une réaction osseuse quelconque, aussi l'intervention pratiquée sur un fœtus retenu par un détroit supérieur rétréci est-elle toujours une mauvaise opération, on pourrait même ajouter une opération contre-indiquée.

Les indications de l'application du forceps peuvent cliniquement être groupées en deux grandes classes : les unes, les plus rares, dépendent d'un état pathologique de la parturiente indépendant de la grossesse et du travail ; les autres, les plus nombreuses, sont constituées par des anomalies de l'accouchement ou par des accidents généraux ou locaux qui surviennent au cours même du travail.

Dans la première, il faut ranger toutes les affections chroniques ou aiguës pour lesquelles les efforts de la période d'expulsion constituent un danger sérieux. Ce sont les *cardiopathies* ayant présenté au cours de la gestation des troubles de compensation, crises d'asystolie ou d'œdème pulmonaire, la *tuberculose pulmonaire* à la deuxième ou troisième période, l'*emphysème*, les *hernies irréductibles*. Dans tous ces cas, l'application de forceps doit avoir été prévue avant même le début du travail, surtout s'il s'agit de primipares, et envisagée comme la meilleure façon de terminer l'accouchement.

Quant aux indications qui naissent pendant l'accouchement, elles sont constituées soit par des complications d'ordre général, comme les *hémorragies graves*, l'*état syncopal*, l'*agitation*, le *délire*, la *congestion cérébrale*, les

crises d'éclampsie, la *fatigue* extrême qui succède à un travail laborieux et qui s'accompagne d'élévation de température et de rapidité du pouls, soit par des complications locales d'origine maternelle ou fœtale.

Du côté maternel ce sont tous les obstacles à l'accouchement, qui pouvaient exister antérieurement à celui-ci, mais qui étaient considérés comme pouvant être surmontés sans intervention, comme les *tumeurs* de petit volume siégeant dans l'excavation, les *kystes vaginaux*, les *sténoses vaginales* et *vulvaires*, l'*orientation anormale de la vulve*. D'autres obstacles n'apparaissent ou ne peuvent être reconnus qu'au moment de la période expulsive, ce sont *l'insuffisance des contractions utérines* et des *contractions abdominales*, la *résistance* que présentent le coccyx, l'hymen, le périnée. L'indication est alors représentée par l'état stationnaire prolongé de la tête fœtale dans l'excavation ; lorsque celle-ci reste deux heures sans progresser malgré des contractions utérines énergiques, il faut intervenir.

Cet arrêt dans la progression tient le plus souvent à une cause purement fœtale, *absence de flexion* et par cela même de *rotation*, inclinaison anormale de la tête, gros enfant, accollement d'un membre à la présentation, procidence d'un ou de plusieurs membres. Mais l'indication principale est constituée par l'apparition des *signes de souffrance du fœtus* caractérisés par l'aspect que peut prendre subitement le liquide amniotique et surtout par les modifications des bruits du cœur fœtal. Les renseignements fournis par le liquide amniotique, écoulement de liquide verdâtre, n'ont de valeur que si le liquide présentait antérieurement un aspect normal. Quant aux modifications des bruits cardiaques du fœtus, il faut qu'elles soient constatées dans l'intervalle de deux contractions ; n'oublions pas, en effet, qu'au moment de la contraction utérine il existe toujours des perturbations dans la circulation fœtale, ralentissement ou faiblesse des pulsations cardiaques, aussi ne doit-on en tenir aucun compte lorsqu'elles sont constatées immédiate-

ment après la contraction. Si les bruits du cœur s'accélèrent et se précipitent et surtout s'ils diminuent de fréquence (au-dessous de 100), il faut aussitôt pratiquer l'extraction, après avoir tout préparé pour ranimer l'enfant qui peut naître en état de mort apparente.

Signalons enfin comme autres indications les procidences irréductibles du cordon, qui nécessitent une application de forceps, si l'accouchement ne peut être terminé par une autre intervention. Il faut avoir la précaution, dans ce cas, d'éviter le pincement de la tige funiculaire au moment où les branches de l'instrument sont appliquées sur la tête fœtale, aussi est-il prudent d'ausculter avec soin avant de commencer l'extraction.

Technique générale. — Nous n'avons pas l'intention de décrire ici le manuel opératoire dans toutes les variétés de position du fœtus, nous nous contenterons d'indiquer les principes généraux que le praticien doit avoir présents à la mémoire avant d'intervenir.

N'oubliez pas que le forceps n'a été construit que pour s'appliquer sur la tête fléchie. En recourant à cet instrument pour extraire un fœtus se présentant par la face, on est exposé à certains déboires, on peut cependant y remédier par des manœuvres spéciales que nous avons indiquées précédemment (voir FACE).

Avant toute intervention il faut s'assurer d'abord que les conditions existent pour pouvoir terminer l'accouchement et reconnaître exactement : 1° quelle est la présentation ; 2° quelle est la position et la variété de position ; 3° quel est le degré de flexion de la tête. Nombre d'échecs sont dus à un diagnostic inexact, qui a comme conséquence une application défectueuse. Si vous êtes appelé par une sage-femme ou un confrère, n'acceptez leur diagnostic que sous toute réserve. Quelle que soit la confiance que vous puissiez avoir en eux, *contrôlez toujours le diagnostic par le toucher manuel*, car le plus souvent un simple toucher vaginal ne donne aucun renseignement à cause de l'exis-

tence d'une bosse séro-sanguine plus ou moins considérable qui voile fontanelles et sutures. Rappelez-vous qu'il vous faut reconnaître la situation exacte du point de repère fœtal, l'occiput dans le sommet. Pénétrez dans la concavité sacrée en arrière de la présentation, explorez toute la région fœtale et recherchez l'oreille : la direction du sinus constitué par le pavillon et la région mastoïdienne vous indique la situation de l'occiput.

Connaissant le point du bassin occupé par l'occiput, vous vous représentez par la pensée l'orientation exacte de la tête fœtale que vous devrez saisir.

Souvenez-vous qu'une fois appliqué le forceps devra avoir la concavité de la courbure pelvienne tournée vers l'occiput et que l'extrémité des cuillers devra être dirigée dans la direction du menton.

Souvenez-vous que la première branche à introduire est celle dont la cuiller est postérieure, la gauche dans les positions gauches, la droite dans les positions droites.

Souvenez-vous que les cuillers doivent toujours être tenues par la main de même nom, la cuiller gauche par la main gauche, la cuiller droite par la main droite. La main libre est la main guide, c'est-à-dire celle qui précède dans les organes génitaux l'introduction de la cuiller. Dans les positions gauches, la cuiller gauche étant tenue de la main gauche, la main guide est donc la main droite et réciproquement.

Souvenez-vous enfin qu'une bonne prise dépend de la façon dont a été placée la première branche. Si celle-ci a été bien orientée et maintenue dans la situation où vous l'avez placée, la seconde branche ou branche antérieure devra prendre une situation symétrique pour pouvoir s'articuler et la prise sera bonne.

Une tête bien saisie doit avoir ses saillies malaires et pariétales dans la portion fenêtrée des cuillers, et la partie antérieure de l'oreille cachée par le bord antérieur de la cuiller.

Dans la pratique le forceps n'est appliqué que dans les

variétés de positions *directes*, occipito-pubienne ou occipito-sacrée, *antérieures* et *transversales*. La *postérieure* est toujours transformée par l'introduction de la main guide en transversale.

RÉSUMÉ DE LA TECHNIQUE

	Première branche —	Deuxième branche —
Occipito-pubienne et occipito-sacrée	la gauche main droite guide	la droite main gauche guide
Gauche antérieure	la gauche main droite guide	la droite main gauche guide
Gauche transversale	la gauche main droite guide	la droite main gauche guide
Droite antérieure	la droite main gauche guide	la gauche main droite guide
Droite transversale	la droite main gauche guide	la gauche main droite guide

FRONT (PRÉSENTATION DU)

La présentation du front mérite d'occuper une place à part et de ne pas être classée comme une variété de la présentation de la face ; elle a une physionomie à elle, un mécanisme propre et elle est souvent l'origine d'une dystocie particulièrement grave, d'autant plus qu'on la rencontre surtout chez les femmes à bassin rétréci ayant un enfant assez volumineux.

Il y a présentation du front « lorsque la tête du fœtus s'offrant première vient à s'orienter de telle manière que, le front pointant vers l'excavation, elle propose à l'un des maîtres diamètres du bassin (12 centimètres) un diamètre voisin de son sus-occipito-mentonnier, ou plus exactement un diamètre allant de sus-occiput à la partie la plus proéminente du maxillaire supérieur (diamètre maxillo-sus-occi-

pital ou sus-occipito facial de 12 centimètres et demi à 13 centimètres) ». (Fruhinsholz.)

Le toucher seul permet de faire le diagnostic de cette présentation, qu'on ne rencontre que pendant le travail. Le doigt est arrêté par une partie bombée, le *front* et, en suivant cette saillie, il arrive d'un côté sur la fontanelle bregmatique et du côté opposé sur les arcades orbitaires, sur le nez et sur le maxillaire supérieur.

Dès que la présentation du front a été reconnue, il faut chercher d'un part quelle en est la position, car une intervention a beaucoup de chances de s'imposer, et d'autre part si elle est enclavée.

Le diagnostic de la position et de la variété de position est tiré des renseignements fournis par le nez, et dans cet organe par la direction des narines. Celle-ci indique en effet la situation du maxillaire, point de repère de cette présentation, mais point de repère inabordable par le toucher. Lorsque les narines sont tournées à droite et transversalement, il s'agit d'une maxillo-droite transverse ; les variétés transversales sont du reste les plus constantes.

Quant au diagnostic de l'enclavement, on le fait par la marche du travail et par le toucher ; la tête fœtale déformée par le modelage est immobilisée dans le bassin, et, malgré des contractions utérines plus au moins énergiques, elle ne progresse pas et comprime les régions avec lesquelles elle est en contact.

Le pronostic de la présentation du front est grave à la fois pour la mère et pour l'enfant. Du côté maternel, il faut particulièrement redouter la rupture utérine; quant à l'enfant il est exposé à mourir soit à cause de la durée excessive de travail, soit par procidence du cordon, soit par suite des difficultés rencontrées au cours des interventions qui deviennent nécessaires pour terminer l'accouchement.

Traitement. — La conduite varie suivant certaines circonstances obstétricales, engagement ou non, poche des eaux intacte ou rompue, enclavement.

Présentation non engagée.

Lorsque la tête n'est pas engagée et que la poche des eaux est intacte, le diagnostic n'est habituellement pas fait. La présentation serait-elle reconnue, qu'on serait en droit de penser à une tête qui cherche sa voie.

A la rupture des membranes ce serait une faute au contraire de ne pas constater la présentation du front. Si la dilatation est complète, la meilleure ligne de conduite est de pratiquer aussitôt la version par manœuvres internes à la condition que le bassin ne soit pas trop rétréci et que la disproportion entre le volume fœtal et les dimensions pelviennes ne soit pas accusée. Dans ce cas, c'est à l'opération césarienne qu'il faudrait donner la préférence. Elle serait d'autant plus indiquée qu'on constaterait des menaces de rupture utérine.

Si la dilatation est incomplète, il est permis d'essayer la transformation du front en sommet par manœuvres internes (voir PRÉSENTATION DE LA FACE). En cas d'échec, on posera un ballon de Champetier de Ribes pour compléter la dilatation, si l'accouchement paraît pouvoir se terminer par les voies naturelles ; sinon il faudrait pratiquer l'opération césarienne.

Dans le cas où l'on est appelé tardivement, alors que le fœtus n'est pas engagée et que la poche des eaux est rompue depuis un certain temps, c'est encore à cette intervention qu'il faut recourir. Dans les circonstances que nous venons d'indiquer et avec un fœtus vivant, il ne faut tenter ni une application de forceps, qui serait certainement meurtrière pour l'enfant et dangereuse pour la mère, ni des manœuvres de transformation, car la tête fœtale est déjà déformée par ses essais d'engagement.

Enfin, quelles que soient les conditions, lorsque l'enfant est vivant et la tête non engagée, l'opération césarienne est la seule intervention indiquée si l'on constate des menaces de

rupture utérine : infiltration du col et du segment inférieur, distension et amincissement de ce dernier.

Présentation engagée.

Après avoir reconnu qu'on est en présence d'une présentation persistante du front, on devra l'accepter sans chercher à la modifier, on se contentera d'attendre patiemment et de surveiller le travail.

Si la paroi crânienne n'est pas très ossifiée, si les sutures sont larges et permettent une réduction par chevauchement, si les contractions utérines sont énergiques, on a le droit d'espérer une terminaison spontanée de l'accouchement après une période d'expulsion plus ou moins longue.

Dans le cas où une indication d'intervenir se poserait, indication d'origine maternelle ou fœtale, le forceps serait appliqué de façon que la *concavité de l'instrument soit tournée du côté de la face.* Il faudra éviter au cours des tractions de défléchir ou de fléchir la tête, mouvements qui auraient pour résultat d'enclaver l'extrémité céphalique dans la cavité pelvienne.

Enclavement.

Cet enclavement peut malheureusement se produire spontanément. On le reconnaît à ce que la tête déformée par modelage est immobilisée dans le bassin, on est alors en présence d'une dystocie grave. On ne peut extraire le fœtus qu'en aggrandissant le bassin par la symphyséotomie ou l'opération de Gigli, si l'enfant est vivant, ou qu'en réduisant le volume de la tête fœtale par la basiotripsie, lorsqu'il est mort.

GASTRO-ENTÉRITE ET TROUBLES DIGESTIFS DES NOURRISSONS

Il ne rentre pas dans le cadre de cet ouvrage de présenter ici un tableau complet des dyspepsies infantiles et des

différentes variétés de gastro-entérites des nourrissons. Nous nous bornons à passer rapidement en revue les troubles digestifs qui se présentent le plus fréquemment dans la pratique journalière, cet exposé ayant pour but de fournir une base à la thérapeutique.

Il est capital de faire ressortir immédiatement:

1° Que chez les enfants nourris au sein ces troubles sont infiniment moins fréquents, moins durables et moins graves que chez les nourrissons élevés au biberon exclusivement.

2° Que l'adjonction au biberon d'un certain nombre de tétées au sein (allaitement mixte) atténue dans une large proportion les inconvénients du lait de vache.

3° Que le fait pour un nourrisson d'être nourri par sa mère, ne fût-ce que pendant un mois, le place déjà dans des conditions de résistance bien meilleures que celles où se trouve l'enfant mis d'emblée au lait de vache.

L'augmentation de la résistance est sensiblement proportionnelle à la durée de l'allaitement préalable au sein.

4° Enfin, que la cause efficiente des gastro-entérites des nourrissons est le lait altéré par les fermentations microbiennes. *La stérilisation faite postérieurement à ces fermentations n'enlève pas au lait ses propriétés nocives.*

Nous allons exposer d'une façon peut-être un peu schématique et par conséquent critiquable, en deux chapitres distincts, les troubles digestifs : *a*) chez les nourrissons élevés au sein ; *b*) chez les enfants nourris au biberon.

A. — *Enfants élevés au sein.*

Il est fréquent d'observer au début de l'allaitement et même de l'allaitement maternel de légers troubles gastro-intestinaux consistant en régurgitations, hoquets, rejets alimentaires plus ou moins abondants de lait finement caillé. Les fèces d'abord constituées par du méconium pur deviennent d'un brun de plus en plus clair, elles finissent par

acquérir une coloration qui normalement est jaune bouton d'or, mais qui souvent est verdâtre, franchement verte ou encore panachée de jaune et de vert ; on y trouve également des grumeaux blancs constitués surtout par de la graisse et de la caséine, très modifiées par l'action des sucs digestifs.

Parfois ces selles sont accompagnées de gaz abondants qui leur donnent un aspect mousseux. Le ventre est alors ballonné et l'enfant crie avec rage et persistance, l'entourage dit qu'il a des coliques, interprétation qui n'est pas invraisemblable dans ce cas, bien que ce soit l'explication trop commode de tous les cris du nouveau-né.

Ces différents troubles sont communs au début de l'allaitement, surtout chez les enfants de primipares ou encore chez ceux qui ont une nourrice ayant un lait déjà vieux. On les voit souvent disparaître spontanément, mais parfois au contraire ils s'aggravent : les selles deviennent liquides, très fréquentes, parfois glaireuses, l'érythème fessier apparaît et l'enfant cesse de progresser ou perd du poids.

Bien que la question soit encore à l'étude, ces accidents sont considérés comme étant dus pour une part à la nature de la flore intestinale, qui s'est développée dans les premières heures de l'existence. Ils sont assez fréquents chez les enfants issus d'un œuf prématurément ouvert et infecté ; ayant dégluti un liquide amniotique septique ils ont ensemencé leur tube digestif de parasites anormaux ou même pathogènes. Mais il y a aussi un autre facteur qui intervient, c'est la qualité du lait fourni par la mère ou la nourrice. Certaines femmes ont un lait notoirement indigeste pour leur nourrisson ; c'est là un fait qui, pour être exceptionnel, n'en est pas moins parfaitement établi. L'analyse chimique du lait ne donne pas toujours l'explication de ce phénomène.

Il existe une cause assez fréquente de troubles pour le nourrisson élevé au sein, c'est l'absorption par la nourrice de certains aliments et notamment de boissons alcoolisées en

quantité immodérée. Il est bon de rechercher discrètement cette cause quand on est en présence d'un nourrisson qui digère mal. L'usage immodéré de la bière est assez fréquent, cette boisson est considérée à tort comme anodine d'une part et d'autre part comme presque obligatoire pour une nourrice.

Lorsque l'allaitement au sein est régulièrement poursuivi, le plus souvent soit spontanément, soit à la suite du traitement tout rentre dans l'ordre. Plus tardivement on peut voir apparaître des vomissements, vomissements immédiats ou vomissements tardifs survenant une heure et plus après le repas. Les premiers étaient considérés il n'y a pas encore bien longtemps comme synonymes de suralimentation. Variot a montré que cette conception était parfois erronée. Très fréquemment les vomissements ont pour cause une alimentation insuffisante; pour être renseigné à ce sujet, il n'y a qu'à étudier la courbe de poids et à la comparer à la taille de l'enfant. Celui qui est insuffisamment nourri, hypotrophique, est un enfant maigre, mais long, son accroissement statural est exagéré par rapport à son poids.

Les vomissements tardifs sont dus habituellement à un certain degré de sténose pylorique réflexe par acidité excessive du contenu stomacal; ils s'accompagnent souvent de salivation exagérée, ces enfants bavent beaucoup avant de vomir. Si on leur fait un lavage d'estomac quatre heures et plus après une tétée, on y trouve encore des caillots de lait, leur estomac se vide mal ou incomplètement. En résumé : perturbations gastro-intestinales, généralement peu graves, au début de l'allaitement, puis vomissements soit dès le début, soit à un âge plus avancé, constipation, tels sont les troubles qu'on peut observer chez les enfants nourris au sein. Ils sont habituellement bénins et facilement curables.

Traitement. — La mise en marche de l'allaitement maternel est celui qui comporte le minimum de précau-

tions : l'aliment est presque toujours approprié au tube digestif qui va le recevoir, aussi la prophylaxie des troubles que nous avons indiqués plus haut est-elle en général des plus aisées. Il suffit de se garder d'un double écueil : d'une part la surveillance exagérée des tétées, d'autre part la suralimentation ; peut-être le premier a-t-il plus d'inconvénients que le second, car le nourrisson a toujours pour se défendre de ce dernier le vomissement qui l'exonère de son trop-plein, tandis qu'il est sans défense contre les abus du rationnement. Nous ne voulons pas dire que la balance doit être laissée de côté, nous tenons seulement à mettre en garde contre ce qu'on nous permettra d'appeler l'élevage au compte-goutte. Les pesées sont excellentes quand il s'agit de contrôler la progression du nourrisson ; appliqués au dosage de la nourriture et entre des mains timorées, elles deviennent une source d'abus de régime.

La règle la plus importante à observer est de ne pas donner le sein plus souvent que toutes les deux heures et demie à un enfant de poids normal, l'expérience montre qu'il y a inconvénient à diminuer cet intervalle. Il n'y en a aucun à l'augmenter quand l'enfant dort ou ne paraît pas affamé.

La prudence devient indispensable, par contre, lorsque l'enfant est allaité par une nourrice mercenaire, surtout dans le cas où cette nourrice a, conformément à la loi Roussel, un lait de sept mois au moins. Ici peuvent apparaître les inconvénients de la suralimentation et il est sage de se servir plus largement de la balance, au moins jusqu'à ce que les digestions paraissent en équilibre normal.

Si les troubles gastro-intestinaux, que nous avons signalés, apparaissent dans les premiers jours ou les premières semaines de l'allaitement, deux procédés s'offrent à nous pour y remédier. L'un est la diète hydrique absolue, qu'il est rarement nécessaire de prolonger plus de 24 heures, ou la diète mitigée obtenue en alternant eau et tétées ; l'eau bouillie non sucrée ou à peine sucrée peut être remplacée

par une décoction de riz ou d'orge. L'autre consiste à essayer de modifier le microbisme intestinal à l'aide de ferments lactiques introduits par la bouche : le kéfir, le yohourt, le bouillon lactique ou mieux et plus simplement le fromage Gervais frais, dit petit suisse, peuvent être utilisés.

La quantité à employer est minime, il n'est pas question ici de remplacer une tétée entière par une prise équivalente de lait caillé. Il suffit habituellement de prescrire une ou deux cuillerées à café par 24 heures de petit suisse bien frais données au début d'une tétée délayé dans un peu de lait tiré du sein. Si les troubles intestinaux sont plus intenses, on peut en donner une cuillerée à café au début de chaque tétée. Cette thérapeutique est cessée progressivement dès que les digestions redeviennent normales. Elle est contre-indiquée s'il existe des vomissements très acides.

Le traitement des vomissements doit commencer par la correction de l'erreur de régime qui les a provoqués. S'il y a suralimentation, il suffit de restreindre légèrement la durée de la tétée, il faut éviter d'espacer les repas, car l'enfant plus affamé a tendance à se gaver encore plus. En cas d'hypoalimentation, il suffit souvent de rendre à l'enfant la quantité de lait qu'il doit normalement absorber pour faire disparaître les vomissements.

Les vomissements, qui se produisent longtemps après la tétée, cèdent généralement à l'emploi des alcalins :

Bicarbonate de soude.	5 grammes
Eau bouillie	100 —

une cuillerée à café à la fin du repas.

Le citrate de soude aurait une action particulièrement heureuse; il faut prescrire une cuillerée à café avant chaque tétée de la solution suivante :

Citrate de soude.	3 grammes
Eau bouillie	150 —

La persistance des vomissements, malgré l'emploi de la médication précédente, réclame un lavage de l'estomac.

La constipation du nourrisson doit être combattue par des moyens anodins en rapport avec son peu de gravité habituelle. On conseillera des petits lavements de décoction de guimauve, d'eau bouillie additionnée de miel, qui seront donnés avec une poire en caoutchouc de 50 à 60 grammes de capacité, munie d'une canule en caoutchouc souple. On peut employer également des suppositoires au beurre de cacao et plus simplement encore l'introduction temporaire dans l'anus d'une petite canule de caoutchouc, préalablement huilée ou vaselinée, qui par sa présence éveille le péristaltisme intestinal. Il faut éviter de recourir aux purgatifs et se méfier des spécialités pharmaceutiques qui cachent sous un nom anodin une activité trop réelle. La pauvreté des résidus intestinaux est une cause fréquente de constipation chez l'enfant qui tête un sein à sécrétion insuffisante, il suffit de compléter les tétées avec du lait de vache pour rétablir la régularité des selles.

Les lavages intestinaux non systématiques rendent service quand il y a une stase stercorale nette avec mauvaise odeur des fèces, mais il ne faut jamais les employer d'une façon constante et régulière : c'est un procédé de nécessité et non de choix.

B. — *Enfants nourris au biberon.*

Tous les troubles, dont nous avons ébauché une description forcément succincte et schématique dans le chapitre précédent, peuvent être observés chez les enfants nourris au biberon. Mais chez ceux-ci ils sont à la fois plus fréquents, plus tenaces, plus graves et aboutissent facilement soit à l'athrepsie, soit au rachitisme suivant l'âge des enfants.

Ces troubles sont soit des troubles dyspeptiques simples, c'est-à-dire purement fonctionnels ou du moins accompagnés de lésions très minimes, soit des accidents inflammatoires par infection du tube digestif.

Rien n'est plus fréquent que de voir la dyspepsie pré-

parer les voies à l'infection ou lui survivre et il est souvent bien difficile de faire la part exacte de la dyspepsie et de l'infection dans la perturbation observée. Il nous est impossible, nous l'avons dit, de tracer dans les limites réduites de cet ouvrage un tableau complet des diverses formes de dyspepsie infantile et de gastro-entérite, nous nous bornerons à indiquer sommairement quelques points de repère capables de servir de guide à la thérapeutique.

La dyspepsie gastro-intestinale est caractérisée par l'*absence de fièvre*, les régurgitations, les éructations, les vomissements plus ou moins tardifs, la fadeur de l'haleine, la blancheur de la langue, l'absence ou l'irrégularité de l'appétit, l'état stationnaire ou la chute de la courbe de poids. Du côté de l'intestin on observe de la constipation ou au contraire des selles trop molles, trop fréquentes, parfois fétides, décolorées ou verdâtres, le ventre est souvent ballonné, l'intestin allongé et inerte produit le gros ventre flasque, souvent le foie est un peu augmenté de volume. L'érythème fessier est fréquent.

La gastro-entérite se distingue de la dyspepsie par l'existence de la fièvre, elle peut être aiguë, subaiguë ou chronique. Cliniquement elle revêt trois aspects :

1° Le choléra infantile ;

2° La gastro-entérite commune ou catarrhe gastro-intestinal ;

3° La gastro-entérite dysentériforme ou folliculaire.

Un point mérite d'être immédiatement mis en relief, c'est que les gastro-entérites sont remarquablement fréquentes pendant les mois chauds, rares au contraire en hiver. Elles sont la cause principale de la mortalité infantile et elles sont dues aux altérations microbiennes du lait.

Le choléra infantile est la forme la plus sévère ; en quelques heures les petits malades succombent dans le collapsus algide avec des vomissements, des selles séreuses presque continuelles, entraînant un amaigrissement suraigu par déshydratation.

La gastro-entérite simple est caractérisée par les vomissements, la diarrhée verte souvent fétide, la fièvre, l'abattement et l'amaigrissement rapide. Moins sévère que la forme précédente elle a une tendance à passer à l'état chronique en l'absence d'un traitement rigoureux.

La gastro-entérite folliculaire se reconnaît aux épreintes douloureuses avec violents efforts d'expulsion qui précèdent et accompagnent l'émission des selles ; celles-ci sont fréquentes, glaireuses et souvent sanguinolentes. Il y a fréquemment des vomissements, et toujours de la fièvre, l'amaigrissement est rapide ; le passage à l'état chronique est fréquent.

Nous avons indiqué que les troubles digestifs du jeune enfant avaient une tendance à déterminer un amaigrissement allant jusqu'à l'atrepsie.

Qu'est-ce donc que l'athrepsie ? C'est un état d'amaigrissement progressif, *cachectique*, presque toujours mortel qu'on observe chez les nourrissons de moins de trois mois. Au-dessus de cet âge, il peut y avoir état atrophique ou hypotrophique, mais sans cachexie progressive. Les athrepsiques ont un facies caractéristique ; ils ont l'aspect de vieillards ridés, le crâne se ratatine, les sutures chevauchent, l'amaigrissement atteint ses extrêmes limites et la mort ne tarde pas à survenir en hypothermie.

Le rachitisme, autre aboutissant des troubles gastro-intestinaux des enfants nourris au biberon, ne s'observe que beaucoup plus tardivement et nous sortirions du cadre de cet ouvrage en entreprenant son étude autrement que comme facteur de dystocie. Il en est de même de la maladie de Barlow ou scorbut infantile.

Toutes les formes de gastro-entérite peuvent être accompagnées de complications diverses, la broncho-pneumonie est une des plus fréquentes et des plus graves.

Traitement. — La thérapeutique des troubles digestifs chez l'enfant nourri au biberon est avant tout prophylactique. En évitant l'alimentation excessive, l'alimentation

insuffisante, l'alimentation quantitativement et qualitativement mauvaise, on mettra du même coup l'enfant à l'abri de la plupart des inconvénients et des dangers de l'allaitement artificiel. On ne les évitera cependant pas tous, car il y a des enfants qui ne digèrent jamais bien le lait de vache ou qui même ne le digèrent pas du tout, quelles que soient les précautions prises. Il est vrai que la même intolérance peut s'observer à l'égard du lait de femme, mais il faut reconnaître que cette dernière est exceptionnelle.

Lorsque l'état dyspeptique est constitué, c'est encore en revenant à une hygiène alimentaire mieux comprise et surtout mieux appliquée que l'on pourra triompher du mal.

Mais, lorsqu'il y a infection ou gastro-entérite, ces corrections diététiques ne suffisent plus ; à partir de ce moment le lait devient passagèrement pour l'enfant un véritable poison quelle que soit sa provenance. On pourrait comparer grossièrement l'action du lait en pareil cas à celle de l'huile sur le feu, chaque dose de lait introduite dans l'intestin fournit un aliment nouveau pour les colonies microbiennes virulentes qui l'habitent. Peut-être d'autres facteurs interviennent-ils dans cette intolérance lactée secondaire, mais cette auto-réinfection joue à coup sûr le rôle principal et constitue une notion qui domine la thérapeutique des gastro-entérites du nourrisson.

La première étape du traitement consiste à instituer la diète *strictement hydrique :* ne faire ingérer à l'enfant que de l'eau bouillie ou une eau équivalente (Évian, Thonon, Alet) par prises régulières et en quantité à peu près égale à celle qu'il devait prendre sous forme de lait. Dans les formes bénignes on peut se départir de cette sévérité et donner des infusions de tilleul ou d'orge légèrement sucrées, du bouillon de légumes.

La diète hydrique doit durer au moins vingt-quatre heures ; en règle générale il ne faut pas la prolonger plus de deux jours. L'enfant qui y est soumis se refroidit facilement, il faut combattre cette tendance, à moins qu'il y ait de la fièvre.

A la diète hydrique peut faire suite la diète au bouillon de légumes. Celui-ci constitue déjà un liquide d'une certaine valeur alimentaire que l'on peut continuer plus longtemps que l'eau pure.

Blé.	àâ une cuillerée à bouche
Orge perlé.	
Maïs concassé	
Haricots.	
Pois	
Lentilles.	
Eau	3 litres

Faire bouillir trois heures, passer, ajouter 5 grammes de sel par litre de décoction.

Ce traitement a pour résultat d'amener plus ou moins rapidement le relèvement de l'état général et la cessation ou la diminution de la fièvre, de la diarrhée et des vomissements.

C'est à ce moment qu'il faut se garder de considérer la partie comme gagnée et de remettre l'enfant au lait, fût-ce même au lait de femme ; il pourrait en résulter une rechute mortelle.

Il convient au contraire de procéder par transitions soigneusement graduées qui jalonnent une deuxième étape.

Celle-ci va consister en une alimentation ayant pour base des aliments hydro-carbonés : sucres et farines sous forme de bouillies. La consistance de ces bouillies doit être très claire, à moins d'indication spéciale, pour qu'on puisse les donner au biberon. Le liquide de choix est l'eau, puis le bouillon de légumes ; comme farine on emploie la farine de riz ou d'orge, elles doivent être légèrement sucrées.

Cette alimentation ne saurait avoir une durée prolongée, elle est insuffisante puisqu'elle ne renferme pour ainsi dire aucun albuminoïde ; aussi est-il nécessaire d'y incorporer ces matériaux sous une forme déterminée. L'expérience a montré que les aliments azotés les mieux tolérés étaient : 1° le babeurre (ou petit lait) résidu sans valeur marchande du barattage de la crème, ce babeurre peut être utilisé frais

ou au contraire après un commencement de fermentation lactique (babeurre acide) ; 2° le lait caillé. Ici nous voyons intervenir le ferment lactique dont le rôle antiputride commence à être bien connu.

Quand on fait des bouillies de babeurre et de lait caillé, il y a souvent grand avantage à maltoser la farine dont on se sert. Ce maltosage est très simple à effectuer. Les brasseries Moser et Fanta vendent sous des noms déposés des extraits de malt secs dont une cuillerée à café ajoutée à une bouillie ordinaire (à l'eau) cuite une demi-heure suffit à maltoser cette bouillie. Avant d'ajouter le malt il faut laisser refroidir cette dernière à 80° environ, on y jette alors le malt en remuant constamment, en cinq minutes l'opération est terminée, la bouillie est totalement liquéfiée. Il n'y a plus qu'à l'ajouter au babeurre ou au lait caillé dans les proportions que l'on désire pour obtenir une bouillie liquide qui est facilement prise au biberon.

Ces bouillies maltosées constituent en général un aliment bien supporté par les enfants convalescents de gastro-entérite et elles représentent un intermédiaire presque nécessaire entre la cessation de la diète au bouillon de légumes et la reprise du lait en nature, reprise qui ne doit se faire que graduellement par transitions lentes et en suivant soigneusement les petits malades.

Dans les gastro-entérites et surtout dans les formes chroniques les rechutes sont fréquentes, il ne faut pas craindre alors de revenir en arrière pour reprendre le traitement à un stade un peu moins avancé.

L'étude du poids est un bon guide pour apprécier le moment favorable à un changement de régime. Un poids stationnaire coïncidant avec un état satisfaisant des fonctions digestives indique en général l'utilité d'une alimentation plus voisine de l'alimentation lactée normale vers laquelle on doit tendre progressivement.

Le lait de femme est celui qui convient le mieux en pareil cas, il est le seul qui puisse enrayer une athrepsie au début.

Quand on ne pourra pas l'employer, il faudra avoir recours de préférence aux laits surchauffés et homogénéisés. L'emploi des laits peptonisés (voir article Lait) ne trouve que rarement son indication.

Traitement médicamenteux. — Les troubles digestifs du nourrisson sont justiciables avant tout des règles d'hygiène alimentaire que nous venons d'exposer, les médicaments sont rarement indiqués et le nombre de ceux qui peuvent rendre service est restreint, nous allons les énumérer en indiquant leurs indications.

1° Alcalins.

On peut employer le bicarbonate de soude en solution à 5 p. 100 à la dose de une cuillerée à café par repas et par année d'âge en moyenne, quantité qui peut sans inconvénient être augmentée, et le citrate de soude :

Eau	125 gr. »
Sirop simple.	25 gr. »
Citrate de soude	2 gr. 50

dont on peut donner une cuillerée à bouche par tétée avant le sein ou incorporée au biberon.

Cette médication vise surtout les vomissements et le citrate de soude est particulièrement recommandé par certains auteurs.

2° Opiacés : *Codéine.*

Sirop de codéine	5 grammes
Eau distillée bouillie	100 —

de 1 à 4 cuillerées à café par jour dans les spasmes pyloriques.

Laudanum. — Une goutte par année d'âge dans les entérites dysentériformes.

3° Purgatifs : *Calomel.* — Il doit être employé à petite dose, 1 centigramme deux ou trois fois répétés dans le choléra infantile. Dans la gastro-entérite commune on peut donner en une fois 5 centigrammes par année d'âge.

Ce médicament est contre-indiqué dans l'entérite dysentériforme.

Sulfate de soude. — Quatre fois par vingt-quatre heures on pourra donner 1 gramme par année d'âge. Il est particulièrement indiqué dans l'entérite folliculaire.

Les antiseptiques intestinaux sont sans effets bien nets, sauf peut-être l'acide lactique.

4° Médicaments organiques. — La présure (pegnine), les sucs gastriques (gastérine Frémont, dyspeptine Hepp) peuvent rendre service dans les dyspepsies simples.

Enfin il ne faut pas négliger le secours des injections de sérum (caféiné au besoin) dans les formes à déshydratation rapide.

Dans les vomissements avec tendance à la stase gastrique, les lavages d'estomac donnent d'excellents résultats.

Les lavages de l'intestin ne sont guère contre-indiqués que par l'entérite folliculaire.

GAVAGE

Le gavage est destiné à introduire au moyen d'une sonde du lait dans l'estomac du nourrisson.

Il est indiqué chez les enfants débiles, les prématurés le plus souvent, qui ne peuvent ni téter, ni avaler ; on peut également y avoir recours chez certains enfants atteints de vomissements opiniâtres après leur avoir pratiqué un lavage de l'estomac.

On emploie soit un tube spécial semblable à celui qui termine le laveur stomacal de Guinon, soit une simple sonde uréthrale en caoutchouc souple, sonde de Nélaton, à l'extrémité large de laquelle on adapte un petit entonnoir en verre ou un récipient gradué construit pour cet usage. L'instrument ayant été bouilli, on introduit l'index gauche dans la bouche de l'enfant tenu verticalement par un aide, on déprime la langue et on pousse lentement le tube qui pénètre dans l'œsophage. Dans certains cas, spécialement chez les bébés de très petit volume, on peut faire pénétrer

la sonde par une narine. Le tube doit être enfoncé d'environ 10 centimètres pour atteindre l'estomac. A ce moment on verse dans l'entonnoir la quantité de lait tiède qu'on veut faire ingérer à l'enfant, 10, 15, 20 grammes suivant l'âge.

L'entonnoir est soulevé à une très faible hauteur pour que le liquide s'écoule lentement ; dès qu'il est vide, on retire le tube assez rapidement pour éviter que son contact avec le pharynx ne détermine un réflexe suivi de vomissement.

Le gavage est parfois utilisé chez les adultes plongés dans le coma, éclampsie par exemple. On emploie dans ce cas le tube de Faucher ou de Debove. La technique est la même que chez l'enfant, le tube est dans ce cas toujours introduit par une narine.

GÉMELLAIRES (GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT)

Pratiquement c'est pendant les trois derniers mois de la grossesse que le diagnostic de la gémellité est posé d'une façon ferme. Avant cette date on peut être amené à y songer, lorsque l'utérus présente un développement, qui n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse, surtout si la femme a dans ses antécédents personnels ou héréditaires des cas de gémellité.

Le palper est le seul moyen d'exploration qui permette de reconnaître la présence de deux jumeaux. L'interrogatoire et l'inspection ne peuvent servir qu'à éveiller l'attention ; il est certain qu'il faut accorder une certaine valeur aux renseignements fournis par la femme sur la façon dont a évolué la grossesse actuelle, bien différente des grossesses précédentes, car il s'agit le plus souvent de multipares, sur les troubles qu'elle accuse, gêne dans la marche, dans la respiration, fatigue plus grande, et sur les sensations perçues au niveau de l'utérus, mouvements fœtaux en différents points.

L'auscultation et le toucher eux-mêmes ne sont que des moyens de contrôle.

Chaque fois par conséquent que nous supposerons une grossesse double, c'est au palper que nous devrons nous adresser pour résoudre le problème. Il devra être pratiqué méthodiquement et minutieusement, car il ne s'agit pas seulement de sentir un pôle en bas, un autre au fond de l'utérus, et un plan résistant, il faut obtenir des renseignements plus précis et rechercher avec soin tout ce que renferme l'utérus.

En palpant la totalité du globe utérin nous serons parfois frappé par la consistance qui diffère d'un côté à l'autre ; normale dans une zone, elle est au contraire plus résistante, plus tendue du côté opposé. Cette tension, caractéristique d'un excès de liquide amniotique, est assez fréquente dans la grossesse gémellaire, car un des deux œufs est souvent atteint d'hydramnios. Cette constatation, qui a son importance au point de vue du diagnostic, est en même temps une difficulté, l'excès de liquide est fréquemment un obstacle qui ne permet pas de se rendre un compte exact du contenu de l'œuf.

Pour affirmer la présence de deux fœtus, il est nécessaire en effet de sentir au moins trois pôles fœtaux ; si l'un d'eux est situé au niveau du détroit supérieur, le pôle voisin occupera une des fosses iliaques. Il n'est pas rare de trouver les quatre pôles et les deux plans résistants, ces derniers occupent les parties latérales de l'utérus et relient un des pôles inférieurs à l'un des pôles supérieurs ; parfois on ne sent qu'un des plans dorsaux. Quelquefois même pour constater les quatre pôles il faut recourir au toucher, car une des extrémités céphaliques peut être engagée.

L'auscultation, comme nous l'avons dit précédemment, ne doit être considérée que comme moyen de fournir un argument de plus en faveur de la grossesse gémellaire. Il ne faut pas compter uniquement sur elle pour fixer le diagnostic. La constatation de deux foyers n'a de la valeur que

si les battements, comptés en même temps par deux personnes expérimentées et à plusieurs reprises, ne donnent pas le même nombre. On rencontre en effet deux foyers d'auscultation dans le cas de grossesse unique, si le fœtus se présente en gauche postérieure, de même qu'on peut ne trouver qu'un foyer dans une grossesse double, si l'un des fœtus est mort ou si l'un des œufs renferme une quantité exagérée de liquide.

Dans bien des cas, ce n'est qu'après plusieurs examens successifs qu'on est en droit de poser un diagnostic ferme et d'avertir sinon la femme, du moins son entourage.

Traitement. — En présence d'une grossesse gémellaire reconnue pendant la grossesse nous devons nous souvenir que celle-ci est plus prédisposée qu'une grossesse simple à se terminer prématurément, surtout s'il s'agit d'une primipare, et à être le point de départ de complications. Ainsi devons-nous instituer un traitement prophylactique de tous ces accidents et donner des conseils spéciaux.

Pendant la grossesse. — Le port d'une ceinture, toujours utile pendant la grossesse, reconnaît ici une indication encore plus marquée : les urines seront examinées plus fréquemment au point de vue de la recherche non seulement de l'albumine, fréquente dans la gémellité, mais encore de la quantité émise dans les vingt-quatre heures.

L'hygiène alimentaire sera plus sévère, l'intestin sera surveillé plus attentivement ; des sels de chaux seront prescrits dans les deux derniers mois :

Phosphate tribasique de chaux	0 gr. 50
Carbonate de chaux	0 gr. 25

Pour un cachet.

Prendre un de ces cachets à chaque repas pendant vingt jours par mois.

Enfin et surtout on insistera sur la nécessité de garder le repos pendant les deux derniers mois ; tout travail devra être abandonné. Chaque fois, bien entendu, que cela sera

possible, la femme restera étendue sur une chaise longue pendant plusieurs heures dans la journée. Cette précaution est d'autant plus utile qu'il s'agit d'une primipare.

A la moindre menace d'accouchement prématuré, il faudra exiger le séjour au lit ; la même conduite devra être adoptée s'il existe un œdème très accentué des membres inférieurs et de la région sus-pubienne. On se trouvera bien dans ce cas de prescrire en même temps le régime déchloruré.

Pendant le travail. — Tantôt la gémellité a été nettement reconnue au cours de la grossesse ou tout au moins présumée, tantôt elle est complètement ignorée soit par erreur de diagnostic, soit par absence d'examen, ce qui n'est pas rare. Dans ce cas il est encore possible de la reconnaître par un palper méthodique et par l'auscultation, bien que cela soit déjà plus difficile à cause de la fréquence des contractions.

Si le diagnostic a été posé, on se comportera comme pour un accouchement unique jusqu'au moment de l'expulsion du premier enfant ; au lieu de sectionner le cordon entre la ligature et le bout placentaire, on appliquera une pince à forci-pressure ou une seconde ligature sur l'extrémité libre de la tige funiculaire. Il faut en effet toujours penser à la possibilité d'une circulation commune aux deux enfants.

Cette précaution prise, on s'assurera aussitôt, et toujours par un toucher profond, non seulement du mode de présentation du second fœtus, mais encore de l'absence de procidence. Si le dernier enfant se présente longitudinalement, on attendra quelques instants avant de rompre la deuxième poche des eaux, si elle existe. S'agit-il au contraire d'une présentation vicieuse (transversale ou oblique), on tentera par des manœuvres externes de la transformer en présentation longitudinale ; en cas d'impossibilité, la femme étant mise en position obstétricale et toutes les précautions antiseptiques étant prises tant du côté de la parturiente que du côté de l'opérateur, on pratiquera la version par manœuvres internes et l'extraction du fœtus.

Le cordon sera lié comme s'il s'agissait d'un fœtus unique : on fera bien de supprimer d'un coup de ciseau la portion du premier cordon, sur laquelle on a appliqué une pince ou une ligature, afin de permettre au sang contenu encore dans les vaisseaux de s'écouler au dehors, on diminuera ainsi, peu il est vrai, le volume de la masse placentaire déjà considérable.

Lorsque le diagnostic de la gémellité n'a pas été fait avant l'accouchement, l'attention peut être attirée après l'expulsion de l'enfant par le volume que présente encore l'utérus. La main appliquée sur cet organe, le plus souvent pour en apprécier la consistance, peut alors sentir des parties fœtales ; un toucher manuel s'impose alors et révèle la présence du deuxième fœtus. Nous devons dans ce cas nous comporter comme précédemment.

Enfin il peut arriver que le deuxième enfant ne soit reconnu que par son apparition à la vulve ou par les sensations accusées par la femme ; celle-ci éprouve un nouveau besoin de pousser, on croit à la descente de l'arrière-faix et on est tout étonné de voir au niveau de l'orifice vulvaire un pôle fœtal. Cette éventualité n'est pardonnable que s'il s'agit d'une femme à parois abdominales anormalement épaisses ou d'un fœtus mort et macéré depuis longtemps.

La période de délivrance dans la grossesse gémellaire sera surveillée d'une façon toute particulière ; il ne faudra pas se presser de vouloir extraire le ou les placentas. Elle est habituellement plus longue que dans l'accouchement simple, le décollement et la descente de l'arrière-faix exigent souvent plus de trente minutes, à cause de la fatigue du muscle utérin et du volume de la masse placentaire.

C'est également pour ces raisons que les hémorragies ne sont pas rares pendant cette période et qu'elles sont même abondantes ; si elles ne cèdent pas rapidement à des injections vaginales ou intra-cervicales chaudes (48 à 50°), il faut aussitôt pratiquer la délivrance artificielle qu'on fera suivre

d'une injection intra-utérine à la température indiquée dans les lignes précédentes.

Enfin il est prudent de ne pas abandonner l'accouchée trop rapidement, son utérus prédisposé à l'inertie a des tendances à se relâcher et par conséquent à saigner. On luttera contre ces hémorragies par un massage léger du globe utérin et par des injections chaudes. Si ces moyens ne donnaient pas le résultat qu'on en attend, on serait autorisé, après s'être assuré de la vacuité de l'utérus et l'avoir débarrassé des caillots qu'il renferme, à pratiquer une injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'ergotine (solution Yvon).

Dystocie. — La grossesse gémellaire est-elle capable de déterminer par elle-même de la dystocie au moment du travail?

Si le cas existe, il est sans aucun doute d'une rareté excessive; cette question étant plus théorique que pratique, nous serons très brefs sur ce point.

En dehors de l'inertie, que la distension considérable de l'utérus explique, on a prétendu qu'un des fœtus, en cherchant à s'engager en même temps que l'autre ou surtout en venant s'enclaver dans une région creuse du premier, pouvait créer des difficultés sérieuses.

L'engagement réciproque des deux fœtus n'est possible qu'à la condition qu'ils soient tous deux de très petit volume; si l'un des deux ne peut être refoulé, on doit tenter l'extraction du plus engagé soit à l'aide du forceps, soit manuellement suivant la présentation. En cas d'extraction impossible, on sacrifiera le fœtus le plus compromis au moyen d'une opération mutilatrice qui laissera le chemin libre pour le deuxième enfant.

Quant à l'enclavement, on le recherchera par le toucher manuel, qui tentera en même temps la libération.

GINGIVITE

Le gingivite est une affection qui n'est pas rare chez la femme enceinte.

Il est peu probable que la grossesse soit la cause déterminante de cette inflammation, elle agit surtout en réveillant ou en mettant en relief une lésion préexistante déterminée par une mauvaise hygiène buccale et par la présence de tartre sur les dents. D'après Cruet, il s'agirait plutôt d'une congestion hypertrophique des gencives. Peut-être faut-il également incriminer les modifications chimiques de la salive et la déminéralisation du squelette sous l'influence du développement du tissu osseux du fœtus.

Cette dernière hypothèse expliquerait la fréquence plus grande de cette affection chez les multipares et son apparition tardive. C'est en effet à partir du quatrième mois qu'on la constate, elle dure jusqu'à l'accouchement et persiste pendant l'allaitement.

Cette inflammation siège presque exclusivement sur les gencives au niveau de leur face extérieure.

La muqueuse gingivale est tuméfiée, elle forme un véritable bourrelet rouge qui pousse des saillies entre chaque dent, incisives et canines.

Ces lésions s'accompagnent d'une douleur cuisante et d'une gêne dans la mastication.

Il n'est pas rare de voir survenir à leur niveau des petites hémorragies, les dents peuvent se déchausser et même être expulsées alors qu'elles paraissent absolument saines.

La salive est souvent sécrétée en plus grande abondance et, ainsi qu'on peut le constater par le papier tournesol, elle est acide.

Traitement. — Ces accidents peuvent être évités par des soins hygiéniques journaliers, aussi les rencontre-t-on plus souvent chez les femmes du peuple que dans la clientèle aisée. Pour les faire disparaître, on conseillera les lavages fréquents de la bouche avec une solution antiseptique, hydrate de chloral à 10 p. 1.000, lusoforme à 1 p. 2.000. Matin et soir les dents seront brossées avec les mêmes liquides ou avec une poudre dentifrice antiseptique. Les

dents devront être nettoyées soigneusement par un dentiste pour enlever la couche de tartre qui les recouvre et qui entretient l'infection microbienne. Si l'affection est tenace, on pourra faire tous les jours ou tous les deux jours des badigonnages légers des gencives avec de la teinture d'iode, de l'eau oxygénée ou, suivant les conseils de Pinard, avec un mélange à parties égales d'hydrate de chloral et d'alcoolat de cochléaria.

GLYCOSURIE GRAVIDIQUE

Lorsqu'on recherche systématiquement le sucre dans les urines des femmes enceintes, on est frappé par la fréquence de cet élément anormal. Mais ce n'est pas toujours sous forme de glucose que le sucre se présente : dans certains cas on ne trouve que du lactose, enfin la coïncidence de la glycosurie et de la lactosurie n'est pas rare.

L'origine de ces deux variétés de sucre est différente ; mais le lactose ne peut être fabriqué par la glande mammaire qu'à la condition qu'il existe dans le sang un excès de glucose formé par le foie.

Le sucre apparaît habituellement vers le sixième mois de la grossesse ; à ce moment il y a glycosurie pure, ce n'est qu'en approchant du terme que la glycosurie se transforme totalement ou partiellement en lactosurie.

La différenciation de ces deux variétés de sucre urinaire, intéressante au point de vue chimique, n'offre pas grand intérêt au point de vue clinique, aussi croyons-nous inutile d'indiquer ici les procédés destinés à les reconnaître.

Dans bien des cas la présence du sucre dans les urines passe inaperçue, parce qu'elle ne s'accompagne le plus souvent d'aucun autre symptôme. Il n'y a en effet avec cette glycosurie gravidique ni soif exagérée, ni polyurie, mais on devra y songer et examiner les urines à ce point de vue lorsqu'une femme enceinte accusera du prurit vulvaire. Chaque fois que

cette affection s'est manifestée au cours de la gravidité, nous avons cherché et toujours constaté la présence d'une certaine quantité de sucre dans les urines, quantité variant de quelques grammes à 30 grammes et plus.

Traitement. — En présence d'une femme présentant de la glycusurie gravidique simple, nous éliminons par conséquent le diabète vrai, il faut défendre le sucre, tous les aliments sucrés, entremets, confitures, fruits, les boissons alcooliques et fermentées, particulièrement le vin. On ordonnera comme boisson le lait et l'eau de Vichy. En dehors des repas, la femme devra boire un demi-verre d'eau de Vichy le matin à jeun, à 4 heures et le soir avant de se coucher.

(Voir Prurit vulvaire pour le traitement local.)

GOÎTRE PUERPÉRAL

Les relations du corps thyroïde et de l'utérus sont connues depuis fort longtemps. J.-L. Petit a, le premier, signalé l'influence de l'accouchement sur le développement du goître, influence qu'il attribue aux nombreux efforts que nécessite la période d'expulsion.

La gravidité paraît incapable de faire naître le goître, mais, fait incontestable, elle peut le faire apparaître chez une femme prédisposée soit par hérédité, soit par son séjour dans un pays de goîtreux.

Nombreuses sont les théories qui ont cherché à expliquer ce phénomène, elles pourraient être ramenées à deux : la théorie mécanique et la théorie nerveuse. Les travaux récents sur la physiologie du corps thyroïde ont démontré le rôle important de cette glande à sécrétion interne dont la fonction est accrue sous l'influence de la puerpéralité. Le travail qu'elle doit fournir exige donc une circulation plus active, c'est ce qui expliquerait le développement rapide que peut acquérir, pendant la grossesse, un goître resté

jusque-là à l'état embryonnaire ou tout au moins peu accusé.

Clinique. — Le goître puerpéral est plus fréquent qu'on ne le suppose, mais dans un grand nombre de cas il passe inaperçu, parce qu'il ne détermine aucune gêne ni aucune déformation. D'après Hermann Wolfang Freund, qui fit des mensurations du cou chez 50 femmes, 45 fois le volume du cou avait augmenté sous l'influence de la grossesse ou de l'accouchement.

Le goître apparu lors d'une première grossesse a une évolution très variable, tantôt il diminue après la délivrance, tantôt il reste stationnaire, tantôt enfin il continue à évoluer. Si la femme redevient enceinte, l'attention étant attirée de ce côté, il est facile de suivre l'action de la gravidité sur le goître qui, le plus souvent, reçoit un coup de fouet nouveau et augmente plus ou moins rapidement de volume. La glande thyroïde n'est pas toujours envahie dans sa totalité, dans un cas que nous avons observé, un des lobes s'était seul hypertrophié lors d'une première grossesse ; à la seconde, l'hypertrophie s'est peu accentuée, mais elle a gagné l'isthme et un peu le lobe opposé, aussi jugea-t-on prudent de l'enlever après l'accouchement.

La glande thyroïde peut être envahie dans sa totalité, et ses prolongements constituent parfois une des formes connues sous le nom de goître annulaire, rétro-pharyngien ou rétro-sternal. La tumeur est alors capable de déterminer des accidents graves de suffocation, soit par un accroissement rapide, soit par sa situation dans l'ouverture supérieure du thorax.

La compression de la trachée par un goître survient tantôt sous l'influence du développement rapide de la totalité de la glande, tantôt par suite d'un épanchement dans un goître préexistant ; le plus habituellement les accidents sont déterminés par un goître plongeant dans la cavité thoracique. Il s'agit presque toujours, dans ce cas, d'un goître fibreux, situé latéralement et ayant le volume d'un petit

œuf ; il pénètre dans le thorax sur les côtés de la trachée, parce qu'il trouve plus de place à ce niveau. Ce phénomène est dû parfois à une poussée congestive, le plus souvent le goître semble attiré par les efforts d'inspiration ; ceux-ci sont d'autant plus énergiques que la malade éprouve déjà de la gêne respiratoire. Une fois dans le thorax, il peut rester libre, il est alors visible ou perceptible pendant les mouvements de déglutition et d'inspiration en plaçant la région cervicale en extension forcée ; si, au contraire, il contracte des adhérences avec les organes voisins, il ne se déplace plus en même temps que la trachée pendant les mouvements de déglutition.

La présence du goître dans la cavité thoracique comprime les organes voisins, c'est alors qu'apparaît l'oppression par compression de la trachée, d'abord passagère au moment des efforts, puis continue ; à cette dyspnée permanente viennent s'ajouter des accès de suffocation plus ou moins intenses, pouvant même entraîner la mort. Pendant ces accès, le souffle trachéal prend de telles proportions qu'il détermine un véritable cornage. L'attitude de la tête est en rapport avec la compression trachéale, tantôt la flexion est impossible, tantôt c'est l'extension qui exagère la suffocation, tantôt, enfin, la malade est obligée de tenir la tête dans une position intermédiaire à la flexion et à l'extension.

La compression des autres organes est moins importante, celle de l'œsophage produit de la dysphagie, celle des veines entraîne de l'œdème, celle des nerfs pneumogastriques et récurrents a pour résultat de la toux, de la dyspnée, des troubles laryngés.

En même temps apparaît peu à peu un état cachectique qui va en s'accroissant, cette cachexie est due en grande partie à une hématose insuffisante, qui a pour origine la gêne respiratoire, à la difficulté qu'éprouvent les malades pour s'alimenter, enfin à l'absence de repos et surtout de sommeil.

L'examen de la tumeur permet de constater son indolence.

sa mobilité, son volume, sa consistance et sa forme. Elle est le plus souvent peu volumineuse et siège latéralement. Si elle descend dans la cavité thoracique, elle détermine de la matité à la partie supérieure du sternum.

Nous passons rapidement sur les signes physiques, qui ne présentent aucun caractère particulier pendant la grossesse et qui sont décrits avec détails dans tous les traités de pathologie externe.

La marche du goître puerpéral est variable : dans certains cas elle est progressive, dans d'autres elle présente des temps d'arrêt plus ou moins longs.

Il peut déterminer la mort par dyspnée, par asphyxie ou par syncope.

Le pronostic du goître puerpéral est difficile à établir ; consulté pour un goître apparu au début de la grossesse, il est impossible de savoir s'il continuera à évoluer jusqu'au terme de la gravidité ou s'il restera stationnaire. Ce pronostic est subordonné à plusieurs facteurs : localisation à une partie seulement de la glande ou envahissement total du corps thyroïde, volume plus ou moins considérable, gêne respiratoire, crises de dyspnée. Il est donc nécessaire de pratiquer un examen attentif de la tumeur et de rechercher particulièrement les signes de compression ; si ceux-ci existent, il faudra faire des réserves et se tenir prêt à intervenir au moindre accident.

Au point de vue de son retentissement sur la grossesse, celle-ci est rarement interrompue par la seule présence du goître ; les accidents qu'il détermine, et particulièrement les accidents d'ordre circulatoire, peuvent cependant avoir un retentissement sur le fœtus et par cela même sur la grossesse.

Traitement. — A moins d'accidents mettant la vie de la femme en danger, l'abstention doit être la règle pendant la grossesse, car, une fois l'accouchement fait, la tumeur diminue généralement de volume.

L'opération chirurgicale de choix, à laquelle il ne faut

avoir recours qu'en cas de complications menaçant les jours de la femme, est l'énucléation ou méthode de Socin.

GROSSESSE

Au point de vue pratique le diagnostic de la grossesse est un problème parfois fort difficile à résoudre.

Toute femme avant 50 ans, qui a sa menstruation supprimée, doit être soupçonnée de grossesse et examinée à ce point de vue avec beaucoup de soin.

N'attachez qu'une médiocre importance à tous les signes dits sympathiques et recherchez, comme nous l'indiquons dans le paragraphe suivant, l'augmentation de volume de l'utérus dont la constatation permet seule de poser un diagnostic de probabilité.

Jusqu'à l'apparition des signes de certitude, ballottement fœtal perçu par le palper ou par le toucher vaginal, mouvements actifs constatés directement par la main ou par l'oreille, bruits du cœur fœtal entendus à l'aide du sthétoscope, votre diagnostic doit être réservé. C'est entre quatre mois et demi et cinq mois que dans la plupart des cas vous pourrez trouver ces différents signes vous permettant d'affirmer la grossesse.

A cette époque l'utérus normalement développé occupe la ligne médiane, sa forme est ovoïde et son fond est au niveau de l'ombilic qu'il dépasse même légèrement.

Pendant cette période vous pourrez être conduits à pratiquer un examen plus approfondi, si la femme accuse certains accidents : douleurs abdominales, pertes sanguines, difficulté de la miction, etc. Vous devez alors penser soit à une grossesse développée dans un utérus rétrofléchi, soit à une grossesse extra-utérine. Nous étudierons ces accidents dans des chapitres spéciaux.

Après avoir décrit les moyens de reconnaître une grossesse à ses débuts, puis à sa période d'état, nous indique-

rons quelle conduite doit suivre le praticien au cours de la gestation et quels conseils il doit donner à la femme enceinte qui l'a choisi comme guide.

I. — Diagnostic de la grossesse avant l'apparition des signes de certitude.

Nous insisterons particulièrement sur les signes de la grossesse dans le courant du deuxième et du troisième mois. A cette époque, en effet, le praticien est tantôt consulté pour savoir s'il y a un début de grossesse, tantôt obligé de dépister une grossesse anormale ou une grossesse normale qu'on cherche à lui cacher. La femme, souvent très documentée, accuse alors les symptômes d'une affection utérine dans l'espoir qu'une intervention pratiquée sans examen approfondi la débarrassera du produit de conception.

Il ne faudrait pas croire cependant que le diagnostic de la grossesse pendant son premier tiers soit toujours facile. Comme celui-ci n'est basé que sur des signes objectifs, il existe des cas où ceux-ci sont presque impossibles à constater soit parce qu'on est en présence d'une femme dont la paroi abdominale est matelassée d'une épaisse couche de tissu adipeux, soit parce qu'il s'agit d'une grande nerveuse, qui ne peut pas supporter le palper et encore moins le toucher.

Laissons de côté ces exceptions, qui cependant ne sont pas extrêmement rares dans la pratique, et n'envisageons que les cas normaux. Vous êtes consultés pour savoir si une femme est enceinte ou bien vous soupçonnez un début de grossesse que votre cliente ignore ou qu'elle suppose, mais qu'elle cherche à vous dissimuler pour des raisons multiples, trop longues à énumérer et faciles à deviner.

N'attachez qu'une importance minime aux renseignements fournis par l'intéressée, qui peut se tromper ou qui veut vous tromper et ne comptez que sur les moyens d'investigation physique.

Retenez qu'il y a suppression d'une ou de deux périodes menstruelles et qu'il existe des troubles digestifs et nerveux, nausées, vomissements, dégoûts, envies, irritabilité, des modifications mammaires, augmentation de volume des seins, pigmentation, mais vous n'accorderez de valeur à tous ces symptômes, dits de présomption, que si vous trouvez du côté de l'utérus les modifications que nous allons étudier maintenant et qui tiennent la première place dans l'établissement du diagnostic.

Avant de faire cet examen vous aurez soin de demander que la vessie et le rectum soient vides ; puis vous exigerez que le corset soit enlevé et qu'aucun cordon ne serre la taille, car il est absolument nécessaire que la paroi abdominale soit relâchée dans sa totalité. Vous ferez coucher votre cliente sur le dos, la tête reposant sur un simple oreiller, les membres supérieurs allongés le long du corps et les membres inférieurs légèrement fléchis sur le bassin.

Vous commencerez par faire à travers la chemise un léger palper de l'abdomen, vous respecterez ainsi la pudeur de votre cliente et vous l'apprivoiserez ; vous mettrez d'autant plus de temps dans cette exploration que vous aurez affaire à une femme craintive ou nerveuse. C'est après lui avoir inspiré confiance qu'il vous sera possible de pratiquer un examen plus approfondi.

Si le palper à travers la chemise ne vous renseigne pas suffisamment, relevez celle-ci pour découvrir l'abdomen, mais ayez la précaution auparavant de couvrir les membres inférieurs jusqu'au mont de Vénus, soit au moyen des draps, si votre cliente est dans son lit, soit en se servant de son jupon, si vous faites l'examen dans votre cabinet. Une femme admet fort bien de montrer toutes les parties de son corps l'une après l'autre, mais en général elle accepte fort mal d'être presque complètement nue.

Palpez la région sus-pubienne avec beaucoup de douceur et de souplesse en ne vous servant que de la pulpe des doigts. Dès la fin du second mois, chez une femme dont la paroi

abdominale n'est ni trop épaisse ni trop résistante et qui possède un utérus en position normale (antéflexion), vous sentirez une *tumeur médiane dépassant le rebord de la symphyse.* Au troisième mois, le fond utérin sera à 7 centimètres du pubis.

Mais le seul mode d'exploration, qui vous donnera des renseignements précis, sera le toucher vaginal combiné au palper hypogastrique. Introduisez l'index ou, de préférence, si le sujet s'y prête, l'index et le médius droits dans le vagin et allez à la *recherche du col.* Prenez la précaution pendant cet examen de poser votre avant-bras droit sur le lit et de faire soulever le siège de votre cliente en la priant de s'asseoir sur ses deux poings tenus verticalement. Ne cherchez pas à tirer de la consistance molle du col des conclusions pour fonder votre diagnostic, appliquez aussitôt votre main gauche sur la région sus-pubienne que vous déprimez lentement. Vous y sentez une tumeur arrondie ; pour affirmer que celle-ci est bien l'utérus, déplacez-la très doucement dans le sens transversal et vous percevez que les mouvements provoqués par vous sont transmis au col, que le ou les doigts vaginaux n'ont pas abandonné. Faites la contre-épreuve en agissant sur le col que vous déplacez à son tour et votre main abdominale sentira la tumeur juxta-pubienne se mouvoir en sens opposé. Voilà donc un premier fait acquis, la *tumeur que vous avez perçue au niveau de l'entrée du bassin est bien l'utérus augmenté de volume.*

Cherchez maintenant à vous rendre compte de sa forme, de ses *dimensions* et surtout de sa *consistance.* Pour cela posez vos doigts dans le cul-de-sac vaginal antérieur, c'est à son niveau que vous devez rencontrer le corps de l'utérus dans la plupart des cas ; en même temps la main gauche placée sur la paroi abdominale la déprime doucement et progressivement, vous aurez ainsi tout le corps utérin entre vos deux mains. Celui-ci a perdu sa forme aplatie pour devenir *globuleux,* il est *augmenté de volume,* car il est gros comme une poire de moyenne dimension,

enfin et surtout il offre une *consistance particulière*, difficile à décrire, mais qu'un doigt sait rapidement apprécier ; il est mou, mais d'une mollesse spéciale, ses parois paraissent *infiltrées*, *œdématiées*.

En présence de ces différents signes physiques vous pourrez presque à coup sûr affirmer une grossesse de deux mois environ, surtout si votre cliente habituellement bien réglée a eu deux périodes menstruelles absentes et si elle a éprouvé certains symptômes fréquents dans les débuts de la gravidité. Rappelez-vous bien qu'il ne faut pas mettre les signes objectifs au service des signes subjectifs, mais au contraire servez-vous de ces derniers pour donner plus de poids aux résultats de votre examen.

C'est encore après avoir relevé ces différents signes physiques que vous devrez penser à une grossesse, même si la femme vous donne des renseignements en désaccord avec vos constatations. N'oubliez pas qu'elle peut avoir un intérêt à vous tromper ou qu'elle peut se tromper, parce qu'aux deux périodes menstruelles précédentes elle a perdu du sang. Poussez plus à fond l'interrogatoire et demandez-lui si les pertes ont été aussi abondantes et si elles ont duré aussi longtemps que d'habitude.

Une *femme enceinte n'est jamais réglée* : il est possible qu'au moment de ses périodes menstruelles, pour des raisons pathologiques que nous ne voulons pas aborder en ce moment, elle perde un peu de sang, mais ces pertes diffèrent des règles normales soit par leur durée moins longue, soit par la quantité moins considérable.

Il vous arrivera aussi de ne pas trouver l'utérus là où il est situé habituellement, c'est-à-dire dans le cul-de-sac antérieur, cherchez-le alors en arrière en déprimant plus fortement le cul-de-sac postérieur et la paroi abdominale ; les utérus rétro-fléchis ne sont pas extrêmement rares ; cherchez-le également dans les culs-de-sac latéraux et vous êtes certains de le rencontrer dans une de ces positions.

II. — Diagnostic de la grossesse après l'apparition des signes dits de certitude.

Les signes dits de certitude sont constitués par la perception du fœtus dans la cavité utérine. Le *palper* permet de sentir les mouvements passifs sous forme de ballottement dès le quatrième mois et les mouvements actifs sous forme de chocs à partir de quatre mois et demi. C'est l'*auscultation* qui fournit le meilleur renseignement; grâce à ce moyen d'investigation, on entend les bruits du cœur du fœtus et parfois le choc fœtal ou mouvements actifs. Les bruits du cœur ne sont pas toujours faciles à percevoir dès quatre mois et demi, comme il est classique de le dire; une paroi abdominale épaisse, une quantité de liquide un peu trop considérable sont des obstacles suffisants. Ce n'est souvent dans ces cas-là que dans le courant du cinquième mois qu'il est possible de les entendre.

Le *toucher* enfin permet parfois d'avoir des sensations que le palper (s'il s'agit d'une femme grasse ou nerveuse) n'avait pas permis d'obtenir. L'exploration des culs-de-sac vaginaux et ordinairement du cul-de-sac antérieur révèle la présence d'un petit corps mobile, fuyant sous le doigt; une légère secousse provoquée à son niveau donne la sensation d'un déplacement rapide suivi d'un léger choc en retour, *ballottement vaginal*.

Cette constatation est souvent le premier signe de certitude perçu par le praticien, car il est précoce et peut être constaté dès la fin du troisième mois.

Nous croyons inutile d'insister plus longtemps sur les signes de certitude décrits avec de nombreux détails dans tous les livres d'obstétrique.

Leur importance est surtout grande dans les cas où il est difficile de reconnaître une grossesse soit à cause de la constitution physique de la femme, soit par l'absence de signes subjectifs.

Leur valeur est de premier ordre pour affirmer une grossesse dans le cas où celle-ci *est niée* par la femme, situation dans laquelle on se trouve parfois.

III. — Conduite que doit suivre le médecin pendant la grossesse.

Le diagnostic de grossesse utérine une fois posé, vous devez donner à votre cliente les conseils qu'on trouvera indiqués plus loin et, si rien d'anormal ne survient, l'examiner environ une fois par mois. L'examen obstétrical est particulièrement nécessaire dans le courant du huitième mois s'il s'agit d'une primipare, dès le début du neuvième, si l'on a affaire à une multipare, pour s'assurer que le fœtus se présente régulièrement, c'est-à-dire par le sommet.

Chez la primipare en effet ce dernier doit s'engager dans l'excavation ou tout au moins se fixer dans le courant du huitième mois. Si à ce moment vous constatez une absence d'engagement et surtout une présentation normale, mais mobile, vous devez examiner avec soin la capacité du bassin et rechercher toutes les causes de dystocie pouvant faire obstacle à l'engagement, en supposant que votre attention n'ait pas déjà été attirée de ce côté lors des examens antérieurs par l'aspect général : rachitisme, déformations de la colonne vertébrale, boiterie.

C'est à ce moment également que vous corrigerez les présentations vicieuses : présentation du siège et plus rarement présentation transversale.

Chez la multipare l'engagement est beaucoup plus tardif, il ne se produit souvent que dans les derniers jours de la grossesse et quelquefois même au moment du travail. Il faudra donc s'assurer pendant le neuvième mois non seulement que le sommet est bien en bas, mais encore qu'il n'a pas tendance à fuir dans une des fosses iliaques. Les présentations vicieuses sont d'autant plus fréquentes que la femme a eu plus de grossesses, car les facteurs d'une bonne

accommodation, tonicité et élasticité de la sangle abdominale et du muscle utérin, ont disparu avec les distensions multiples subies par les parois de l'abdomen et par le muscle utérin.

IV. — Conseils a donner a la femme enceinte.

Chaque fois que la grossesse probable ou certaine aura été diagnostiquée, vous devrez, surtout s'il s'agit d'une primipare, lui donner quelques conseils dans le but de permettre à la gestation d'évoluer aussi normalement que possible.

1. Si votre cliente était toujours bien réglée, il lui sera facile de rétablir sur un calendrier les différentes dates correspondant à ses règles absentes ; recommandez-lui donc pendant cette période d'éviter toute cause capable d'exagérer la tendance congestive de l'appareil génital : voyages, bains, coït, etc. Indiquez-lui la façon dont elle prendra des injections, si elle est habituée à en faire usage et si vous jugez nécessaire qu'elle y ait recours. Nombre de femmes se font avorter inconsciemment, parce qu'elles ne prennent aucune précaution dans cet acte, qui paraît fort simple ; le bock est placé à un niveau trop élevé, la canule est de petit calibre, et elle n'est perforée qu'à son extrémité terminale ; souvent elle est introduite trop profondément, elle peut aller se mettre en contact avec le col et être introduite par hasard dans son orifice ; le liquide pénétrant dans la cavité utérine peut alors y décoller l'œuf. La canule que vous conseillerez sera en verre, de gros calibre, et perforée de trous latéraux sans trou médian, elle sera enfoncée de 5 centimètres environ dans la cavité vaginale, le bock à injection ne sera pas à plus de 40 centimètres au-dessus de la cuvette ; de cette façon la pression sera minime et ne pourra pas provoquer de traumatisme sur le col. Chez certaines femmes, qui ont un utérus très irritable, chez celles en particulier qui auront déjà fait plusieurs fausses couches dont on n'aura

pas pu découvrir la cause véritable, il y aura avantage, surtout s'il n'y a aucun écoulement vaginal pathologique, à supprimer les injections, qu'on pourra ne faire reprendre que pendant le neuvième mois.

II. Mettez votre cliente en garde contre la *constipation*, si fréquente chez la femme et surtout chez la femme enceinte, apprenez-lui que la plupart des troubles survenant pendant la grossesse ont pour point de départ un mauvais fonctionnement de l'intestin. Dressez une liste de laxatifs auxquels elle doit recourir et qu'elle emploiera alternativement pour éviter l'accoutumance : eaux purgatives, poudres laxatives, magnésie calcinée, cachets de cascara sagrada de 25 centigrammes, huile de ricin à petites doses, pilules, tablettes, etc. Les lavements peuvent être également prescrits, à la condition d'employer la canule en caoutchouc souple de Nélaton ; ils seront simples ou huileux, ils ne devront jamais renfermer de glycérine, qui peut provoquer de la rectite et même des contractions utérines.

III. Exigez un *examen d'urine*, qui sera fait, soit par le pharmacien, soit par vous-même, tous les quinze jours du début à la fin du septième mois, et tous les huit jours pendant les deux derniers mois. Il est bien entendu qu'il faudrait les répéter plus souvent et même journellement, si une des analyses révélait de l'albumine ou si l'on voyait survenir quelque manifestation de l'auto-intoxication gravidique, ou encore si la femme en avait présenté à une grossesse antérieure.

Quant au sucre qu'on peut rencontrer dans les urines, il ne faut y attacher de l'importance que s'il existe d'autres signes caractéristiques du diabète, polyurie, polydypsie, etc., car la glycosurie physiologique n'est pas rare pendant la grossesse.

Attirez également l'attention de votre cliente sur la quantité d'urines émises ; celle-ci est d'environ un litre et quart à un litre et demi (1.250 à 1.500 grammes) dans les vingt-quatre heures. Si elle constate une diminution dans l'émis-

sion journalière, conseillez-lui de les mesurer ; dans le cas où cette quantité serait égale ou inférieure à un litre, il faudrait la soumettre à un régime diurétique : lait, eau d'Évian lactosée (30 grammes de lactose pour un litre d'eau).

IV. Suivant l'état social de votre cliente, recommandez-lui de prendre un exercice journalier et de ne pas trop abuser de la chaise-longue sans motif, ou au contraire de ne pas se fatiguer et même de cesser tout travail pénible pendant les deux derniers mois.

Certaines professions devront être abandonnées dès le début de la grossesse, si l'on veut éviter son interruption : cette précaution s'applique aux femmes exposées à une intoxication chronique et particulièrement à celles qui travaillent dans les manufactures de tabac, dans le plomb, le sulfure de carbone, le phosphore, le mercure, etc.

V. Enfin conseillez toujours le port d'une ceinture à partir du sixième mois chez les primipares, plus tôt chez les multipares à parois abdominales relâchées. Cette ceinture de grossesse doit soutenir et non comprimer ; elle lutte contre l'antéversion naturelle, qui peut prendre des proportions plus ou moins considérables suivant la qualité des tissus ; elle évite cette distension de la paroi, qui se manifeste après l'accouchement par de l'éventration avec ses conséquences· ptoses de tous les organes ; elle favorise l'accommodation et empêche les mauvaises présentations ; enfin elle soulage beaucoup les femmes, qui ne peuvent plus s'en passer dès qu'elles y sont habituées.

VI. Dès la fin du huitième mois, remettez à votre cliente la liste des objets et des produits pharmaceutiques nécessaires pour l'accouchement (voir ce mot).

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Quelle que soit sa variété, tubaire, abdominale ou ovarienne, votre attention sera le plus souvent attirée par deux

points mis en relief par la femme elle-même. Elle accuse des *signes de grossesse,* mais de *grossesse anormale* et c'est pour cette raison que dans la plupart des cas elle veut avoir votre avis.

Dans d'autres cas ce sont des pertes peu abondantes, mais répétées ou continues, qui inquiètent la femme et l'engagent à consulter.

Il arrive aussi malheureusement que la grossesse ectopique évolue sans retentissement important, la femme sait qu'elle est enceinte, elle éprouve tous les signes de cet état, mais les quelques troubles qu'elle ressent ne l'inquiètent pas, elle les met sur le compte de sa grossesse ; c'est alors par hasard, au cours d'un examen, que vous êtes frappé par certaines constatations et que l'idée d'une grossesse anormale germe dans votre esprit.

Enfin, vous aurez parfois à rechercher les signes de la grossesse ectopique à propos d'un accident grave pour lequel vous serez appelé ; vous reconnaîtrez rapidement le tableau clinique de l'*hémorragie interne,* déterminée par la rupture du kyste fœtal, terminaison relativement fréquente.

D'une façon générale, vous apprenez par l'interrogatoire, auquel vous soumettrez la femme, que depuis quelques mois « ses *règles ont disparu* » (n'attachez d'importance à ce renseignement que si la menstruation était toujours régulière), qu'elle s'est aperçue *que son ventre grossissait,* qu'elle a ou a eu des nausées et des vomissements ; elle peut *même sentir remuer,* si la grossesse est dans le courant du quatrième mois. Mais à côté de ces signes normaux de la gravidité, elle se plaint de *douleurs*, qu'elle n'a pas éprouvées lors des grossesses précédentes (s'il s'agit d'une multipare), douleurs persistantes ou intermittentes, siégeant chez les unes dans le bassin, chez les autres dans la cavité abdominale. Elle accusera parfois des *pertes sanguines,* et c'est souvent à cause d'elles qu'elle vous a fait appeler, car, se croyant enceinte, elle craint « de faire une fausse couche ». Ces pertes sont tantôt franchement rouges et abondantes,

ressemblant au sang des règles normales, tantôt, au contraire, noirâtres et poisseuses. Dans certains cas, elles s'accompagnent de l'expulsion d'une *membrane épaisse*, la caduque utérine.

Vous examinez alors votre cliente : l'*inspection* ne vous donne des renseignements que si la grossesse a dépassé le troisième mois, et tout ce que vous en tirerez, ce sera la constatation d'une augmentation de volume de l'abdomen. La *palpation* vous permettra alors de sentir une masse régulière, rénitente, occupant soit la région médiane, soit les régions latérales de la cavité abdominale, vous pourrez même y percevoir des petites parties fœtales et entendre par l'*auscultation* les bruits du cœur fœtal ou un souffle maternel. Mais jusqu'ici rien de vous indique que la grossesse s'est développée en dehors de l'utérus, les deux seuls signes de valeur que la palpation puisse vous fournir, c'est de remarquer l'*immobilité* de cette tumeur et de sentir une *deuxième masse*, voisine de la précédente, moins développée qu'elle et de consistance plus dure.

Le *toucher vaginal combiné au palper* vous permettra de recueillir des renseignements plus précis sur ces deux tumeurs : l'une est kystique, plus ou moins régulière, située soit tout entière ou en partie seulement dans la cavité pelvienne, soit dans la cavité abdominale ; l'autre, vous vous rendrez compte qu'elle est constituée par l'utérus augmenté de volume, car elle en a la forme, la consistance et elle se continue avec le col, qui est souvent déplacé et qui subit tous les mouvements imprimés à la tumeur. Vous sentirez de plus que ce *col est ramolli*, symptôme qui a une certaine importance pour établir le diagnostic de grossesse.

La constatation de ces deux tumeurs et les signes de la gravidité ne vous permettent pas encore d'affirmer qu'il y a grossesse extra-utérine, dans les premiers mois tout au moins ; l'utérus est augmenté de volume, il peut donc être gravide et la masse voisine, suivant son siège et sa consistance, peut être prise pour un *kyste liquide ou dermoïde de*

l'ovaire, un fibrôme sous-péritonéal de l'utérus et même dans certains pour une *rétroversion de l'utérus gravide,* si la tumeur occupe la cavité du Douglas. Un examen attentif, pratiqué au besoin avec l'aide de l'anesthésie chloroformique, permettra de reconnaître la rétroversion par les connexions de la tumeur postérieure avec le col utérin. Restent le kyste ovarique et le fibrôme ; tant que les signes de certitude de la grossesse ne sont pas nettement constatés dans la tumeur juxta-utérine, il est souvent impossible de se prononcer d'une façon ferme ; mais, la question d'amour-propre mise à part, l'hésitation n'a pas une grande importance. Dans tous les cas, qu'il s'agisse d'une grossesse ectopique ou d'une grossesse accompagnée de kyste de l'ovaire ou de fibrôme pédiculé, la conduite est la même, il *faut intervenir.*

Une cause d'erreur relativement assez fréquente, c'est de penser à une grossesse extra-utérine alors qu'on est en présence d'un *utérus malformé*, utérus bifide, bicorne ou même simplement cordiforme.

Plusieurs examens sont souvent nécessaires avant de pouvoir poser un diagnostic ferme dans un sens ou dans l'autre ; il ne faudrait pas hésiter pour l'éclairer à recourir à l'anesthésie chloroformique si l'on éprouvait des difficultés sérieuses dans l'examen soit du fait de l'indocilité de la femme, soit par contraction des muscles de l'abdomen au contact de la main, soit à cause d'un développement exagéré du tissu cellulo-graisseux au niveau de la paroi abdominale.

L'accident le plus fréquent, qui puisse attirer l'attention au cours de la grossesse extra-utérine avant que celle-ci ait été reconnue, est la rupture du kyste fœtal. Elle survient habituellement dans le courant du deuxième ou du troisième mois et se caractérise par son début brusque, souvent dramatique, et par l'apparition rapide de tous les signes de l'hémorragie interne : douleur aiguë dans l'abdomen, tendance syncopale et même syncope, pâleur de la face, rapi-

dité et petitesse du pouls, souvent même vomissement. Parfois l'hémorragie est moins abondante d'emblée et par conséquent le retentissement général moins accusé, mais elle peut se produire par poussées successives et déterminer peu à peu des symptômes d'anémie. Tous les intermédiaires sont donc possibles entre la forme cataclysmique pouvant entraîner la mort dans l'espace de quelques heures et l'hématocèle rétro-utérine limitée.

Dans bien des cas, c'est cet accident grave qui fait poser le diagnostic de grossesse extra-utérine ignorée jusque-là.

La suppuration du kyste fœtal se produit de préférence dans une grossesse arrêtée dans son évolution, nous l'étudierons plus loin.

Traitement. — La grossesse extra-utérine étant reconnue, quelle conduite tenir ? Celle-ci variera d'une part suivant l'âge de la grossesse et d'autre part suivant l'état du contenu du kyste fœtal. Nous verrons d'abord ce qu'il convient de faire lorsque le fœtus est vivant, nous réservant d'étudier dans un chapitre spécial le kyste fœtal arrêté dans son évolution.

Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée réclame une intervention chirurgicale, que son évolution soit normale ou qu'elle soit le point de départ de complications. L'époque de l'intervention seule varie.

Seront opérées le plus rapidement possible :

1° Toutes les grossesses ectopiques diagnostiquées dans les cinq premiers mois ;

2° Toutes les grossesses ectopiques accompagnées d'accidents, rupture du kyste, exception faite pour certaines formes d'hématocèle dont l'intervention doit être différée, et suppuration du kyste ;

3° Toutes les grossesses extra-utérines ayant dépassé le cinquième mois, lorsque la femme ne peut être surveillée attentivement et qu'elle ne se trouve pas dans des conditions lui permettant d'être opérée à la moindre alerte.

I. — Conduite à tenir en présence d'une grossesse extra-utérine n'ayant pas dépassé le sixième mois et ne présentant aucune complication.

Chaque fois qu'une grossesse extra-utérine a été reconnue ou seulement soupçonnée, il faut maintenir la femme au repos absolu au lit et la surveiller tous les jours. Dès que le diagnostic est certain, l'opération est décidée et la malade préparée en vue de l'intervention.

La laparotomie est le procédé de choix.

Si la grossesse est jeune et le kyste fœtal isolé, celui-ci est enlevé en totalité.

Si la grossesse est plus avancée et qu'il existe peu d'adhérences, on les libère et on enlève le kyste fœtal en totalité.

Lorsqu'au contraire le kyste est adhérent à la paroi abdominale, on cherche l'insertion placentaire pour l'éviter, on incise et on enlève le fœtus. Le placenta est laissé en place, à moins de décollement total ou de décollement partiel accompagné d'hémorragie; le sac est marsupialisé ou extériorisé, puis drainé largement.

Ce procédé paraîtra à quelques-uns peu chirurgical, mais il constitue pour l'opérée, dont l'intérêt doit seul être envisagé, une grande sécurité. Les suites opératoires sont longues, il est vrai, et nécessitent des pansements fréquents et nombreux, ces motifs ne suffisent pas pour le rejeter, si la vie de la femme en dépend dans un grand nombre de cas.

II. — Conduite à tenir en présence d'une grossesse extra-utérine ayant dépassé le sixième mois.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, il n'est permis d'attendre l'évolution de la grossesse qu'à une seule condition, c'est que la femme puisse être surveillée attentivement et presque journellement et qu'on soit en état d'intervenir chirurgicalement à la moindre alerte.

L'opération sera pratiquée dans le courant du neuvième

mois avant le faux travail : laparotomie, ouverture du sac en dehors de la zone placentaire, extraction de l'enfant, marsupialisation et drainage du sac, tels sont les principaux temps de l'intervention.

III. — Conduite à tenir en présence d'une grossesse extra-utérine compliquée, quel que soit l'âge de la grossesse.

Par complication nous n'entendons pas la mort de fœtus, qui constitue le plus souvent une terminaison heureuse dans l'évolution de la grossesse ectopique, nous étudierons plus loin la ligne de conduite à suivre dans ce cas.

Les deux principales complications sont la rupture et la suppuration du kyste ; l'*intervention immédiate* est indiquée en principe dans les deux cas, la technique seule varie suivant les circonstances.

Dans la *rupture*, la laparotomie médiane est le procédé de choix. La cavité abdominale débarrassée des caillots, on va aussitôt à la recherche des vaisseaux qui saignent et on assure l'hémostase en appliquant des pinces. Après une toilette complète du péritoine, la malade est placée en position de Trendelenburg et la trompe rompue est enlevée. Le drainage est discutable dans la plupart des cas.

L'état général est remonté par les injections sous-cutanées de sérum, d'éther, d'huile camphrée.

Lorsqu'on est en présence d'une hémorragie qui paraît arrêtée, hématocèle enkystée, il est préférable de ne pas intervenir aussitôt et de placer la malade au repos absolu en surveillant la température, le pouls et l'état général. La laparotomie n'est indiquée que s'il survient une hémorragie nouvelle.

Dans la *suppuration* du kyste la voie variera suivant le siège : laparotomie s'il s'agit d'un kyste abdominal, élytrotomie si le kyste est situé dans le petit bassin. Une fois ouvert le kyste est drainé.

La suppuration peut également se produire au niveau d'une hématocèle enkystée, dans ce cas c'est à la colpotomie postérieure qu'il faut avoir recours.

LE FŒTUS EST MORT

Lorsque le fœtus est mort, il n'y a qu'une seule manière de se comporter, car non seulement le kyste est menacé d'une rupture avec toutes ses conséquences, mais encore il peut s'infecter et donner naissance à des accidents de péritonite aiguë ou s'ouvrir dans un organe creux de l'abdomen, intestin, vessie, utérus, vagin, ou même au niveau de la paroi abdominale. Il est alors le point de départ d'une suppuration longue et dangereuse, qu'on doit savoir éviter.

Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic de la grossesse ectopique, que nous avons traité précédemment. Après avoir reconnu soit dans la cavité pelvienne seule, soit à la fois dans le pelvis et dans l'abdomen la présence de deux tumeurs, l'une constituée par l'utérus augmenté de volume, l'autre par le kyste fœtal, vous allez chercher si ce dernier renferme un fœtus vivant. En pratique deux cas peuvent se présenter : votre examen est pratiqué à une époque où les signes de la vie du fœtus ne se révèlent pas encore, c'est-à-dire dans les quatre premiers mois de la grossesse ; ou bien vous avez à poser le diagnostic plus tardivement, alors que le fœtus vivant se caractérise par des signes perceptibles, dont les principaux sont les mouvements actifs et passifs et les bruits du cœur.

Le diagnostic de la mort du fœtus est facile, si vous aviez déjà diagnostiqué la grossesse extra-utérine avec enfant vivant ; dans ce cas les bruits du cœur ne sont plus perçus, les mouvements actifs ont disparu, une montée laiteuse s'est produite à un certain moment et vous pouvez souvent faire sourdre du colostrum par la pression du mamelon ; dans certains cas vous pourrez percevoir au niveau du kyste une sensation de crépitation osseuse.

Mais il n'en est plus de même si le fœtus meurt avant l'époque où il est possible de constater les signes de certitude, ou si vous examinez la femme pour la première fois.

Lorsque le fœtus meurt, le *kyste s'arrête d'ordinaire dans son évolution ;* ce n'est pas là cependant une règle absolue. Dans certains cas le liquide amniotique continue à augmenter pendant quelque temps encore, mais il se passe du côté de l'utérus certaines modifications très importantes : les *règles réapparaissent* en même temps que l'utérus hypertrophié *diminue de volume.*

Mais, direz-vous, comment distinguer alors ce kyste fœtal mort d'un kyste de l'ovaire, d'une collection salpingienne, d'un fibrome ? Cette distinction est le plus souvent impossible à établir par l'examen local ; l'évolution et les renseignements que vous devez rechercher et tirer de votre cliente, existence puis disparition des signes de grossesse, etc., vous permettront seulement de porter le diagnostic probable de *grossesse extra-utérine arrêtée dans son évolution* et de fixer la thérapeutique.

Traitement. — Celle-ci repose tout entière dans l'intervention, mais rien ne presse si la mort du fœtus est récente et s'il n'y a pas d'accidents, rupture ou suppuration : en attendant vous laisserez à la circulation placentaire le temps de régresser, et vous aurez moins de difficultés au moment de l'opération.

A part certains cas bien limités, c'est à la *laparotomie* qu'il faut s'adresser. Le kyste ayant presque toujours contracté des adhérences avec les organes voisins, on le suture aux lèvres de la paroi abdominale pour l'isoler de la cavité péritonéale, on l'incise, on enlève le fœtus en coupant le cordon, on lave la cavité kystique et on la bourre de gaze antiseptique ou bien on y place deux gros drains. Le placenta est donc laissé en place ; on évite ainsi les hémorragies qui accompagnent parfois les manœuvres du décollement. Ce n'est qu'au bout d'une quinzaine de jours qu'il est permis de l'enlever sans crainte ; à ce moment la paroi

kystique s'est rétractée et sa surface interne s'est recouverte d'une membrane granuleuse, les vaisseaux, qui apportaient le sang au placenta, sont revenus sur eux-mêmes, souvent même ce dernier s'est en partie décollé. Une fois le placenta enlevé, on continue à laver avec un liquide antiseptique la cavité du kyste et à la drainer jusqu'à ce qu'elle disparaïsse complètement par accolement de ses parois. Pour toutes ces raisons la guérison complète est longue à obtenir.

Il ne faut tenter l'enlèvement du kyste tout entier que si celui-ci est petit, développé dans la trompe et s'il n'a contracté aucune adhérence avec les organes voisins, ce qui est rare. L'opération est peut-être un peu plus compliquée, mais les suites sont beaucoup plus simples et plus rapides.

Dans certains cas la voie vaginale ou *élytrotomie* semble préférable : il est nécessaire pour cela que le kyste soit peu volumineux et enclavé dans le petit bassin et qu'il fasse saillie dans le vagin. Après ouverture de la cavité, extraction de fœtus et lavage, on draine le kyste et on se conduit vis-à-vis du placenta comme précédemment.

Si le kyste fœtal suppuré s'est ouvert spontanément soit dans un organe creux, soit au niveau de la paroi abdominale, il est le plus souvent nécessaire d'agrandir la fistule naturelle, insuffisante pour l'expulsion du fœtus ou des débris fœtaux, chaque fois que cette fistule est abordable, sinon il faut faire une autre ouverture qui permettra de vider le contenu du kyste et qui favorisera l'occlusion spontanée de la fistule primitive.

HÉMATURIES GRAVIDIQUES

Les hématuries, qu'on voit survenir au cours de la grossesse, peuvent être dues aux causes les plus fréquentes de cet accident, tuberculose, lithiase, tumeurs néoplasiques, etc. Quelques-unes cependant n'apparaissent et ne se reproduisent qu'à propos de l'état gravidique : c'est à elles qu'il est

permis de donner le nom d'*hématuries gravidiques*. On ne peut pas toujours reconnaître à un premier examen la cause véritable ; on devra supposer être dues à la grossesse elle-même les hématuries survenant au cours de celle-ci chez une femme habituellement bien portante.

Elles se produisent parfois dès le début, mais c'est le plus souvent après le sixième mois qu'on les constate, elles disparaissent toujours après l'accouchement.

Leur abondance et leur durée sont très variables : elles sont tantôt continues, tantôt intermittentes. Le cathétérisme des uretères et l'examen chimique et bactériologique des urines ne fournissent habituellement que des résultats négatifs au point de vue étiologique, mais la cystoscopie permet de reconnaître la cause, lorsqu'elle est d'origine vésicale. Il s'agit alors de rupture variqueuse, la muqueuse de la vessie est en effet sillonnée de nombreuses veines sinueuses et dilatées, dont le siège de prédilection est le trigone et le col.

La gravidité détermine une vascularisation intense dans tout le territoire de l'iliaque interne, elle est aussi le point de départ de nombreuses dilatations variqueuses au niveau de la vulve, du vagin, de l'anus ; la vessie n'a aucune raison d'échapper à ces localisations variqueuses.

Pour expliquer les hématuries d'origine rénale, Guyon incrimine la congestion passive du rein, il faut lui ajouter la rétention rénale par compression des uretères, l'hématurie accompagne souvent en effet le début de la pyélonéphrite et l'auto-intoxication gravidique. Peut-être faut-il faire jouer un certain rôle à l'hypo ou à l'hyperfonctionnement de certaines glandes à sécrétion interne, comme les glandes surrénales.

La répétition des hématuries ou leur abondance peuvent anémier la femme enceinte. Elles prédisposent à l'accouchement prématuré qu'on doit parfois provoquer pour les tarir.

Traitement. — I. S'il s'agit d'hématurie rénale, il faut mettre la femme au repos absolu au lit, lui ordonner le

régime lacté, lui appliquer des ventouses sèches ou scarifiées sur la région lombaire et veiller au fonctionnement quotidien de l'intestin à l'aide de laxatifs et de grands lavements. On pourra aussi lui faire prendre toutes les deux heures une cuillerée à café de la solution suivante :

Solution de chlorhydrate d'adrénaline au millième.	XV gouttes.
Eau bouillie.	120 grammes.

Ou lui injecter un quart de centimètre cube de la solution :

Chlorhydrate d'adrénaline	0 gr. 05
Chlorétone.	0 gr. 25
Sérum physiologique.	50 gr. »

Lorsque l'hémorragie rénale ne s'arrête pas, et que l'état général devient mauvais, une intervention chirurgicale, la décapsulation du rein, doit être envisagée ; la néphrotomie a en effet été pratiquée avec succès dans des cas de ce genre.

II. Lorsque l'hématurie est d'*origine vésicale*, on ordonnera également le repos au lit et le régime lacté absolu, on luttera contre la constipation, on fera prendre la potion à l'adrénaline indiquée plus haut, qui pourra être remplacée par l'injection sous-cutanée précédente.

Localement les lavages vésicaux avec du sérum chaud, la sonde à demeure, l'aspiration des caillots peuvent être employés. On obtiendra également d'excellents résultats en instillant dans la vessie une solution d'adrénaline au dix-millième.

Ce n'est qu'en cas d'échec et d'état anémique grave de la femme qu'on recourra à la *taille hypogastrique* pour lier le vaisseau qui saigne et suturer l'ulcération qui siège sur la muqueuse vésicale.

HÉMORRAGIE PENDANT LA GROSSESSE

Le menstruation est supprimée chez la femme en état de gravidité ; par conséquent, tout écoulement sanguin surve-

nant pendant la grossesse à l'époque menstruelle ou en dehors de cette époque doit être considéré comme une hémorragie.

Certaines femmes prétendent cependant continuer à être réglées pendant toute la durée ou seulement pendant les premiers mois de leur grossesse, mais, en procédant à une enquête sévère, vous apprendrez que ces écoulements sanguins se distinguent toujours des règles normales soit par la quantité de sang perdu qui est moindre, soit par la durée de l'écoulement qui est d'ordinaire plus courte.

Cette remarque ne s'applique qu'à la grossesse utérine, car dans la grossesse ectopique la menstruation se rétablit lorsque l'œuf cesse de se développer, deux mois environ après la mort de l'embryon ou du fœtus.

Il est vrai que dans ce cas la grossesse proprement dite n'existe plus, si par grossesse on entend l'existence dans l'organisme féminin d'un œuf en évolution.

En présence d'une femme *qui se croit enceinte et qui perd du sang,* il faut : 1° d'abord se rendre compte de l'origine de l'hémorragie, est-elle utérine ou cervicale, vaginale ou vulvaire ; et 2° l'origine utérine reconnue, chercher s'il y a réellement grossesse et grossesse utérine. C'est en se conformant à cette règle de conduite, qu'on dépistera parfois de bonne heure une grossesse ectopique ne se manifestant que par un écoulement sanguin intermittent.

Les hémorragies vulvaires sont reconnues par un examen direct ; c'est d'ordinaire au niveau d'une varice rompue sous l'influence d'un traumatisme quelconque ou de végétations, que se trouve le point de départ de l'écoulement sanguin. Si vous ne voyez rien du côté de la vulve, examinez avec soin à la fois vagin et col en employant des valves, plus faciles à déplacer que le spéculum. Il est rare que le siège de l'hémorragie soit situé au niveau du vagin ; sur celui-ci cependant peuvent également se rencontrer des varices rompues, des végétations ou même un thrombus ouvert, accident exceptionnel pendant la grossesse. Dans cette région le col est plus souvent en cause. On ne peut affirmer l'origine

cervicale de l'hémorragie que si l'on découvre un polype muqueux ou fibreux faisant saillie à travers l'orifice externe, un néoplasme du col ou des ulcérations déterminées habituellement par un ectropion.

Le sang est reconnu, grâce à cet examen direct, provenir de l'utérus, cherchez si cet organe présente tous les caractères d'une grossesse utérine, volume, situation, consistance, et s'il n'existe rien d'anormal dans son voisinage. L'utérus est gravide, quelles sont les différentes causes capables de déterminer un suintement sanguin ?

Les classiques ont pour habitude de diviser les hémorragies de la grossesse en hémorragie des six premiers mois et en hémorragie des trois derniers.

Cette division est purement schématique, les causes réelles peuvent en réalité être ramenées à deux principales : *décollement du placenta* et *altération de la muqueuse* utérine devenue caduque ou membrane externe de l'œuf. Mais, pourra-t-on objecter, si le décollement du placenta est en effet la cause déterminante la plus fréquente de l'écoulement sanguin, parce que les sinus maternels n'ont plus de barrière, qu'est ce qui amène ce décollement, en un mot quelle est la cause primordiale? Tantôt celle-ci est d'origine mécanique comme dans l'insertion du placenta sur le segment inférieur, quelle que soit la pathogénie admise, tantôt elle est d'ordre pathologique, altération de la caduque par dégénérescence molaire des villosités choriales ou par endométrite.

Cette division n'est certes pas à l'abri des critiques, en tout cas elle est plus rationnelle que la division classique qui admet les hémorragies par avortement, alors que celui-ci n'est pas la cause mais l'effet, et les hémorragies par insertion vicieuse du placenta, cette insertion anormale n'est qu'une cause prédisposante de l'hémorragie.

Pendant la durée de la grossesse, quel que soit son âge, tout écoulement sanguin d'origine utérine doit faire craindre l'expulsion de l'œuf, expulsion qui dans les six pre-

miers mois est désignée à tort sous une seule dénomination, avortement, et dans les trois derniers sous le nom d'accouchement prématuré. Quelque soit la cause réelle de ces écoulements sanguins, à part une exception que nous indiquerons bientôt, la conduite du praticien est la même ; il doit instituer une thérapeutique symptomatique : arrêter l'hémorragie et en même temps chercher à mettre un frein à un décollement plus accentué de l'œuf, afin de permettre à la grossesse d'évoluer jusqu'au bout.

Parfois cependant l'arrêt de l'hémorragie ne peut être obtenu qu'en interrompant la grossesse, c'est ainsi qu'agit la rupture artificielle des membranes dans les hémorragies graves par insertion du placenta sur le segment inférieur ou par décollement prématuré du placenta.

L'exception, à laquelle nous avons fait allusion précédemment, est l'hémorragie déterminée par le développement d'une grossesse molaire dans la cavité utérine.

Il s'agit dans ce cas d'une hémorragie des premiers mois, troisième ou quatrième, caractérisée habituellement par un suintement plus ou moins abondant, mais persistant ou accompagné d'un développement utérin plus considérable que ne le comporte l'âge de la grossesse. Si avec ces signes on ne sent pas de fœtus dans la cavité utérine, et qu'on constate un mauvais état général, des vomissements, de l'albuminurie, on doit penser à l'existence possible d'une *môle hydatiforme*, mais on ne pourra porter un diagnostic certain que s'il y a expulsion de vésicules. C'est alors que la conduite du praticien doit changer. Si jusqu'au moment de l'expulsion le devoir est, à moins de troubles graves dans l'organisme mettant la vie en danger, de s'abstenir, maintenant il y a indication absolue de *provoquer l'évacuation* du contenu utérin.

En dehors de la grossesse molaire, il est souvent très difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître la cause du décollement partiel de l'œuf et par conséquent de l'hémorragie pendant les premiers mois de la grossesse. Bien

souvent les causes sont les mêmes que celles qui provoquent indirectement les pertes sanguines pendant les derniers mois : insertion basse du placenta, intoxication d'origine endogène, dont l'albuminurie est une manifestation, ou d'origine exogène, comme le plomb.

A l'heure actuelle, l'albuminurie est considérée comme la cause principale des hémorragies intra-placentaires; mais il paraît bien probable qu'il en existe d'autres, et pour notre part, bien que nous ne puissions pour le moment encore rien affirmer à cet égard, nous sommes fortement convaincus que les glandes à sécrétion interne jouent un rôle important dans la pathogénie d'un grand nombre d'hémorragies de la grosssesse.

S'il est impossible dans bien des cas de poser un diagnostic étiologique des pertes sanguines qui constituent des menaces d'avortement ou qui accompagnent l'avortement, et par conséquent des hémorragies des premiers mois, il existe cependant certaines circonstances où un clinicien attentif peut soupçonner la cause certaine ou probable. Nous avons déjà décrit les signes qui permettent de reconnaître les pertes déterminées par la dégénérescence molaire de l'œuf; l'altération de la caduque peut être incriminée, lorsque le suintement sanguin succède à des pertes de liquide limpide, clair ou rougeâtre, qui empèse le linge (hydro-hématorrhée).

Pendant les derniers mois, le tableau clinique, qui accompagne les hémorragies, permet d'en poser le diagnostic causal.

S'agit-il d'une multipare chez laquelle les hémorragies se produisent silencieusement au milieu du sommeil dans beaucoup de cas, il faut de suite penser à l'*insertion du placenta sur le segment inférieur ;* le palper et le toucher permettent de reconnaître différents signes : refoulement de la présentation, épaississement d'une portion du segment inférieur, déviation du col, etc., qui viennent rendre le diagnostic à peu près certain.

Est-on en présence d'une albuminurique qui a été prise subitement d'une douleur aiguë dans l'abdomen accompagnant un retentissement plus ou moins grave sur l'état général, tendances syncopales, fréquence de pouls, etc., et une consistance ligneuse de l'utérus, qui parfois augmente brusquement de volume, il faut porter le diagnostic d'*hémorragie rétro-placentaire.*

Nous allons étudier dans deux chapitres distincts ces deux variétés à cause de leur importance clinique.

HÉMORRAGIES DÉTERMINÉES PAR L'INSERTION DU PLACENTA SUR LE SEGMENT INFÉRIEUR

Parmi les nombreuses causes qui peuvent déterminer des pertes de sang plus ou moins considérables pendant la grossesse et pendant l'accouchement, la plus importante par ses allures insidieuses, par sa soudaineté et souvent aussi par son abondance est l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Nous n'employons pas le terme de placenta prævia, ce dernier n'est qu'une variété de ce mode d'insertion vicieuse ; le placenta peut ne pas être placé sur le chemin (præ via) que doit suivre le fœtus pour sortir de l'utérus, et cependant donner naissance à des hémorragies graves ; il suffit pour cela qu'il s'insère en partie sur cette zone de l'utérus à laquelle on a donné le nom de segment inférieur et qui comprend *à peu près* le tiers inférieur de l'organe.

Toute perte sanguine venant de l'utérus se caractérise soit par son *abondance*, et alors la situation peut devenir *immédiatement grave,* soit par sa *continuité* ou sa *répétition ;* dans ce cas les modifications éprouvées par l'organisme ne se manifestent pas d'une façon aussi éclatante ; elles peuvent même passer inaperçues si elles ne sont pas recherchées ; c'est l'*examen du pouls* qui donnera les renseignements les plus précis.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue les nombreuses méthodes thérapeutiques tour à tour préconisées; nous envisagerons les principaux cas qui se présentent en clinique journalière, et nous indiquerons pour chacun d'eux le traitement qui paraît donner les meilleurs résultats, traitement qui devra être le plus simple et à la portée de tous.

Les hémorragies déterminées par l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus peuvent survenir pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après la délivrance; la conduite à tenir variera suivant ces différentes périodes de la puerpéralité.

A. — Pendant la grossesse.

A part quelques rares exceptions, il s'agit d'une multipare qui est dans le dernier tiers de sa grossesse; ces hémorragies peuvent cependant apparaître plus tôt, mais elles sont d'ordinaire moins abondantes et par cela même moins graves; elles rentrent dans la symptomatologie de l'avortement, que nous avons étudiée précédemment (voir Avortement).

En pratique, on est appelé soit pour une *hémorragie abondante* survenue brusquement, souvent au milieu de la nuit, soit pour des pertes sanguines faibles, mais *continues* ou *répétées*.

Il y a une hémorragie abondante. — Pour juger l'importance d'une hémorragie, il faut ne s'en rapporter qu'à soi-même et se faire présenter tous les linges souillés de sang; il faut aussi ne pas se fier uniquement aux apparences. Lorsque la femme perd au lit, il arrive fréquemment que le sang, s'écoulant lentement, ne laisse sur la chemise et sur le drap qu'une tache de moyenne dimension, et qu'il s'infiltre dans le matelas, non recouvert d'une toile imperméable, à mesure qu'il sort des organes génitaux. C'est pour cette raison qu'on ne doit jamais négliger de faire un examen de l'état général et particulièrement du *pouls*.

La femme sera maintenue au repos absolu au lit, la tête basse; on lui donnera le plus rapidement possible une injection d'eau bouillie chaude à 48 *ou* 50° (température constatée au thermomètre). Le bock à injection sera placé à un niveau peu élevé, c'est-à-dire à 30 ou 40 centimètres au-dessus du plan du lit ; la canule sera en verre et portera plusieurs trous à son extrémité. On fera passer plusieurs litres de liquide et on ne s'arrêtera que lorsque le suintement sanguin aura cessé ou sera devenu insignifiant.

Si, malgré ce moyen, l'hémorragie continue ou si l'on arrive auprès d'une femme ayant déjà beaucoup perdu et incapable de supporter une nouvelle perte (*pouls petit et au-dessus de* 100), on doit sur-le-champ, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques habituelles et s'être assuré qu'il n'y a pas de présentation transversale qu'on transformerait aussitôt, **rompre les membranes et surtout les rompre très largement**. Cette intervention est d'ordinaire facile, parce que dans la plupart des cas, la femme étant multipare, son col est largement entr'ouvert et que le placenta ne recouvre que très exceptionnellement l'orifice cervical interne.

Si le tissu placentaire recouvre l'orifice cervical interne, rendez-vous compte par l'exploration du segment inférieur de la région sur laquelle le placenta empiète peu, glissez votre doigt à ce niveau et perforez les membranes en ce point.

On fera des injections antiseptiques non toxiques toutes les quatre heures jusqu'à ce que le travail se déclare et on appliquera sur la vulve une bande de coton.

Si au contraire l'hémorragie s'arrête sous l'influence de l'injection chaude et si l'état est bon, on ordonnera le maintien au lit jusqu'à nouvel ordre. On ne quittera la malade qu'après s'être assuré qu'elle ne perd plus depuis une heure et lui avoir recommandé ainsi qu'à son entourage de vous faire prévenir dès l'apparition du moindre suintement sanguin.

On prescrira de se procurer aussitôt et de tenir prêt les objets suivants :

1° Une solution antiseptique concentrée : lusoforme, aniodol, permanganate de potasse, etc.

2° Dix paquets de sublimé (formule du Codex).

3° Un ou deux paquets de gaze iodoformée.

4° Quatre paquets de 125 grammes de coton hydrophile.

5° Cinq litres d'eau bouillie ou stérilisée.

Il sera prudent aussi d'avoir à sa disposition 500 grammes de sérum artificiel et tout ce qui est nécessaire pour l'injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Enfin vous conseillerez de mettre sur le feu, dès le début d'une nouvelle perte sanguine, un grand récipient, bien propre, rempli d'eau et muni d'un couvercle de façon à trouver de l'eau chaude bouillie dès votre arrivée.

Il y a une perte sanguine peu abondante, mais continue ou répétée — La femme sera maintenue au lit dans le décubitus horizontal et surveillée de très près ; si le milieu le comporte, on mettra auprès d'elle une garde expérimentée qui donnera matin et soir des injections chaudes à 48°. Le *pouls* sera pris régulièrement tous les jours et noté avec soin, c'est lui qui sera le meilleur guide pour la conduite à tenir. S'il reste au-dessous de 100, on doit attendre et laisser la grossesse évoluer ; si au contraire il s'accélère et *bat d'une façon constante plus de* 100 *fois à la minute*, on voit alors apparaître d'autres manifestations de l'anémie aiguë, tendances syncopales, décoloration des tissus, bourdonnements d'oreille, et *l'indication se pose de provoquer l'accouchement en rompant largement les membranes.* Pour permettre à la parturiente de supporter l'écoulement sanguin qui accompagne l'accouchement, on fera aussitôt après la rupture des membranes une injection sous-cutanée de 500 à 1.000 grammes de sérum artificiel. L'œuf étant ouvert, on redoublera de soins antiseptiques, injections toutes les quatre heures ou matin et soir suivant le milieu ; dans ce dernier cas, il sera prudent d'obturer l'orifice vulvaire par

une compresse de gaze antiseptique recouverte d'une bande de coton hydrophile.

Dans le cas où le suintement sanguin continue malgré la rupture des membranes ou si l'enfant est mort, il faut chercher à provoquer le travail et même à l'accélérer par l'introduction dans le segment inférieur de l'utérus d'un ballon de Champetier de Ribes de 300 à 600 centimètres cubes. Si on n'en a pas sous la main, on pourra à la rigueur y suppléer et obtenir le même résultat en faisant un tamponnement intracervical et vaginal avec de la gaze antiseptique.

B. — Pendant le travail.

L'hémorragie peut apparaître pour la première fois ou se produire de nouveau au cours du travail déclaré spontanément. Dans ce cas on fera aussitôt des *injections chaudes antiseptiques à 48°*. Si l'écoulement continue et que les membranes soient intactes, on *les rompra largement* après s'être assuré que le fœtus se présente longitudinalement; si la poche des eaux s'était rompue seule, on s'assurera que l'ouverture est suffisante et on n'hésitera pas au besoin à *l'agrandir le plus largement possible*. Dans le cas où l'on constaterait une présentation transversale, on ferait, avant toute autre intervention, la version par manœuvres externes en amenant de préférence l'extrémité céphalique en bas et on appliquerait une ceinture eutocique ou un bandage de flanelle.

L'hémorragie continue-t-elle malgré cette thérapeutique ou bien le pouls est-il rapide (au-dessus de 100)? il faut :

a) *Si la dilatation ne permet pas la terminaison immédiate de l'accouchement*, activer le travail par l'introduction d'un ballon de Champetier de 400 à 500 centimètres cubes ou à son défaut par un tamponnement du segment inférieur à la gaze antiseptique. Puis on fera une injection sous-cutanée de 500 à 1.000 grammes de sérum artificiel. En cas de danger de mort : syncope ou état syncopal, pouls petit et

très rapide (plus de 120) on devra, en même temps qu'on injecte du sérum, avoir recours à la dilatation manuelle du col, ordinairement facile chez les grandes multipares, et à l'extraction du fœtus après version par manœuvres internes ou après traction sur un membre inférieur s'il s'agit d'une présentation du siège.

L'opération césarienne, dont les indications s'étendent de plus en plus, peut rendre de grands services dans les cas graves, lorsqu'il est impossible de terminer rapidement l'accouchement, particulièrement dans les cas où l'orifice du col est totalement recouvert par le placenta.

b) *Si la dilatation est complète ou peut être facilement complétée,* terminer l'accouchement en employant le forceps dans le cas où le sommet est engagé, le basiotribe si l'enfant est mort et la tête en bas, les tractions sur un membre inférieur s'il s'agit d'une présentation du siège, enfin la version par manœuvres internes si le fœtus se présente transversalement ou par le sommet élevé.

C. — Pendant la délivrance.

L'extraction du fœtus ne met pas la femme à l'abri d'une hémorragie nouvelle. Si l'état général est bon, on se contentera de faire des injections vaginales et même intra-cervicales à 48°; si, au contraire, le sang coule avec abondance ou si, le suintement étant peu considérable, l'état général est mauvais: pouls petit et rapide, pâleur de la face, tendances syncopales, on fera aussitôt la délivrance artificielle et, la main de nouveau introduite dans l'utérus, une injection intra-utérine avec un liquide antiseptique non toxique à la température indiquée ci-dessus.

Après l'expulsion ou l'extraction du placenta, on ne devra pas abandonner l'accouchée, on surveillera l'utérus pendant plusieurs heures et au moindre relâchement on aura recours au massage de l'organe à travers la paroi abdominale et aux injections chaudes vaginales ou même intra-cervicales. Le

segment inférieur étant peu contractile, un suintement sanguin peut persister : c'est alors qu'il est permis de faire un tamponnement intra-utérin à la gaze antiseptique. Enfin, pendant toute cette période, on cherchera à remonter l'état général par les moyens que nous allons indiquer.

MOYENS A METTRE EN ŒUVRE POUR REMONTER L'ÉTAT GÉNÉRAL

Chaque fois que l'état général aura été affaibli par une forte hémorragie, il est nécessaire de maintenir la femme dans la position déclive (enlever par conséquent oreiller et traversin), de l'entourer de linges chauds et de boules d'eau chaude, de lui éviter tout mouvement, de lui faire boire à la cuiller des boissons alcoolisées chaudes (grogs, punch), enfin de lui injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané de 500 à 1.000 grammes de sérum artificiel (eau 1.000 grammes, chlorure de sodium 8 grammes).

S'il y a des tendances syncopales, on luttera contre elles par des injections hypodermiques d'éther, d'huile camphrée et de caféine, et par des inhalations d'oxygène.

HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE

L'hémorragie rétro-placentaire se produit soit pendant la grossesse, habituellement dans le courant du dernier mois, soit pendant le travail. Ses conséquences sont parfois tellement graves qu'elle peut entraîner la mort de la femme dans l'espace de quelques heures, elle détermine alors une sorte de shock qui n'est pas en rapport avec la quantité de sang perdu. Nous n'étudierons que cette variété, car elle est la seule qui présente un intérêt pratique : savoir la reconnaître à temps et savoir lui appliquer rapidement la thérapeutique convenable pourra dans bien des cas sauver la femme chez laquelle survient cet accident.

Pendant la grossesse il s'agit presque toujours d'une albuminurique ; elle éprouve brusquement une douleur vive dans l'abdomen au niveau de l'utérus, douleur qui s'accompagne d'agitation, d'inquiétude, d'un malaise général pouvant aller jusqu'à la tendance syncopale et même jusqu'à la syncope vraie.

Le facies est angoissé et pâle, les yeux sont rapidement excavés, le pouls est fréquent, petit, quelquefois filiforme. Des vomissements accompagnent parfois ce *tableau classique de l'hémorragie interne ;* en effet, si l'on découvre les organes génitaux, on ne constate souvent aucun écoulement sanguin, celui-ci peut cependant exister (hémorragie mixte), le sang accumulé entre le placenta et l'utérus décolle en effet les membranes et se fraye un chemin jusqu'à l'orifice interne du col. Cette hémorragie externe est rarement très abondante et ce n'est pas elle qui domine la scène.

Palpons l'utérus, qui a pu augmenter assez rapidement de volume, il est dur, contracturé, tendu, comme tétanisé ; sa *consistance est ligneuse*, suivant l'expression de Pinard ; aussi le palper ne donne-t-il aucun renseignement sur son contenu.

L'auscultation est *négative*, car dans la forme grave, que nous avons choisie comme exemple, le fœtus meurt en même temps que le placenta se décolle.

Par le toucher nous recueillerons du côté du segment inférieur des impressions analogues à celles que nous avait révélées le palper : tension et dureté ; parfois même le muscle utérin donne au doigt la sensation d'un tissu infiltré. Le col est également modifié, il est empâté ; souvent entr'ouvert, on arrive sur les membranes intactes qui sont constamment tendues.

Les différents signes, que nous venons de signaler du côté du col et du segment inférieur, ont non seulement de l'importance au point de vue du diagnostic, mais encore une valeur considérable au point de vue du choix de l'intervention elle-même. Les hémorragies les plus graves sont très rare-

ment supérieures à un litre ; cette quantité est souvent dépassée en obstétrique sans qu'on observe des symptômes ayant un tel retentissement sur l'état général, surtout si elles surviennent pour la première fois. Nous n'envisagerons bien entendu que les hémorragies rétro-placentaires s'accompagnant du tableau clinique que nous avons tracé. Nombreux sont les cas où cette variété d'hémorragie ne détermine aucun trouble apparent, le diagnostic n'est posé que rétrospectivement par la constatation d'une cupule sur le placenta et par l'expulsion d'un caillot plus ou moins volumineux au cours de la délivrance.

Quant au pronostic fœtal, il doit être considéré comme presque toujours mortel (95 p. 100), aussi en pratique ne faut-il jamais faire entrer le fœtus en ligne de compte dans la conduite à suivre, la vie de la mère seule doit nous guider.

Le salut de la malade réclame l'évacuation rapide de l'utérus, or les modifications anatomiques du col et du segment inférieur peuvent mettre un obstacle à la terminaison de l'accouchement par les voies naturelles et même constituer un nouveau danger, l'application d'un ballon étant susceptible de déterminer une rupture utérine. En présence de tels symptômes locaux accompagnant un état général grave, c'est à la voie haute qu'il faut s'adresser, si l'on veut sauver la femme.

Pendant le travail, le tableau clinique est le même, mais la brusquerie du début ne semble pas aussi éclatante, elle se dégage moins bien des douleurs de l'accouchement, surtout si le décollement placentaire, cause de l'hémorragie, est déterminé par la brièveté naturelle ou accidentelle du cordon. La thérapeutique est souvent simplifiée dans ces circonstances ; le travail ayant déjà déterminé un commencement de dilatation, on atteint plus facilement et plus rapidement le but cherché, c'est-à-dire l'évacuation de l'utérus.

D'une façon générale, le pronostic maternel doit toujours être réservé dans l'hémorragie rétro-placentaire, la mort

peut survenir très rapidement ; elle paraît due beaucoup plus à un état de shock qu'à l'hémorragie. Différents cas se présentent en clinique.

Traitement. — *I. État général bon, pouls normal.* — Mettez la femme au repos, surveillez-la attentivement, prenez le pouls matin et soir et attendez le début spontané du travail. Il est prudent d'avoir à sa disposition, en plus des médicaments habituels que réclame tout accouchement, 500 à 1.000 grammes de sérum artificiel stérilisé, de l'éther et de la caféine pour injections hypodermiques.

II. État général grave, pouls rapide (plus de 100 *pulsations).* — Ordonnez le repos absolu au lit, la tête basse, rompez artificiellement les membranes, puis provoquez ou activez le travail par l'introduction d'un ballon de Champetier de Ribes de petit ou de moyen volume. Remontez l'état général par des boissons alcooliques chaudes et par des injections sous-cutanées de sérum (500 à 1.000 grammes), d'éther, de caféine et d'huile camphrée.

III. État de shock très accusé, pouls petit et très rapide (plus de 120 *pulsations). Infiltration œdémateuse du col et du segment inférieur.* — Dans de telles circonstances une seule intervention peut sauver la femme menacée de rupture utérine si l'on veut terminer rapidement l'accouchement par les voies naturelles, *c'est l'opération césarienne.*

L'anesthésie sera pratiquée à l'éther ; pendant le cours de l'opération on luttera contre le mauvais état général par des injections sous-cutanées d'éther, de caféine, d'huile camphrée et de sérum artificiel.

Le traitement reconstituant devra être prolongé pendant les heures et souvent même pendant les jours qui suivent l'accouchement.

HÉMORRAGIES DU NOUVEAU-NÉ

Les hémorragies le plus fréquemment observées chez le nouveau-né sont les hémorragies ombilicales et les hémorragies gastro-intestinales, puis viennent les hémorragies broncho-pulmonaires, cutanées, génito-urinaires et encéphalo-rachidiennes.

Pour les hémorragies ombilicales nous renvoyons au chapitre CORDON, nous n'étudierons ici que les hémorragies gastro-intestinales, seules susceptibles d'être traitées. Elles sont caractérisées soit par des vomissements de sang rouge ou noir, hématémèses, soit par des évacuations rectales, mélœna ; le plus souvent le sang rejeté par la voie intestinale est noir foncé et épais, il a l'apparence de la suie délayée dans l'eau.

Ces hémorragies peuvent être uniques ou répétées, minimes ou abondantes. De la répétition et de l'abondance dépend le retentissement sur l'état général ; dans les cas sérieux on constate de l'abattement, des cris plaintifs, un refus de téter et surtout de l'hypothermie.

Il existe une cause d'erreur qu'il faut connaître pour l'éviter : l'hématémèse et le mélœna peuvent se rencontrer chez les nourrissons qui tètent un sein crevassé, aussi chez tout enfant qui expulsera du sang faudra-t-il toujours examiner avec soin les mamelons de la nourrice.

Traitement. — En présence d'une *hémorragie gastro-intestinale vraie*, on devra, si l'enfant est élevé artificiellement, supprimer l'alimentation lactée qu'on remplacera par la diète hydrique pendant vingt-quatre à quarante-huit heures. Si l'enfant est nourri au sein, on diminuera la quantité de lait prise à chaque tétée.

On réchauffera l'enfant par des bains chauds (38°) et des enveloppements dans de l'ouate entourée de taffetas chiffon, on placera des boules d'eau chaude dans son berceau et, si c'est possible, on le mettra dans une couveuse.

Si l'hémorragie a été abondante ou répétée, on injectera matin et soir de 10 à 40 centimètres cubes de sérum physiologique et on fera boire toutes les heures une cuillerée à café de la solution suivante :

Solution de chlorhydrate d'adrénaline au millième	XX gouttes
Eau bouillie	60 grammes

qu'on pourra remplacer par une injection dans le tissu cellulaire de 3 à 4 gouttes, c'est-à-dire trois à quatre divisions de la seringue de Pravaz, de :

Chlorhydrate d'adrénaline	0 gr. 05
Chlorétone	0 gr. 25
Solution de sérum physiologique	50 grammes

Enfin il sera nécessaire d'instituer le traitement mercuriel si l'hémorragie est reconnue avoir une origine syphilitique.

HÉMORROÏDES

Les dilatations variqueuses des veines hémorroïdales sont les unes externes, c'est-à-dire situées au-dessous du sphincter anal, elles se présentent sous la forme de petites tumeurs arrondies, sessiles ou pédiculées. Les autres sont internes, elles font saillie dans le rectum et ne se révèlent que par une sensation de pesanteur ou de gêne.

Les hémorroïdes, fréquentes pendant la gravidité, subissent à certains moments et particulièrement au cours du travail et pendant les suites de couches des poussées fluxionnaires, qui donnent aux hémorroïdes externes, caractérisées par une tumeur grosse comme une noisette et même une noix ou par un bourrelet, un aspect violacé et tendu. Les hémorroïdes internes congestionnées déterminent du ténesme rectal ; elles peuvent, sous l'influence des contractions du rectum, franchir l'orifice anal et devenir procidentes; si

elles ne sont pas réduites rapidement, leur pédicule est comprimé par le sphincter et il se produit un étranglement suivi de sphacèle, de suppuration ou d'hémorragie.

Après l'accouchement il n'est pas rare de voir les femmes se plaindre d'une douleur aiguë dans la région anale, on constate alors à ce niveau un énorme bourrelet blanchâtre, luisant, tendu, douloureux au contact, et siège d'élancements.

Traitement. — I. — Pendant la grossesse et en dehors des crises on conseillera :

D'éviter la constipation en prenant tous les soirs avant de se coucher une décoction d'écorce de bourdaine ; une cuillerée à café qu'on fera bouillir pendant cinq minutes dans la valeur d'une tasse à thé d'eau ;

De pratiquer des lotions de la région anale avec de l'eau très chaude matin et soir et avec de l'eau boriquée froide après chaque évacuation ;

De badigeonner le bourrelet hémorroïdaire avec un tampon de coton hydrophile imprégné de :

Iode pur	0 gr. 50
Iodure de potassium.	4 grammes
Glycérine	100 —

De suivre un régime sévère, de préférence végétarien, et de supprimer les mets épicés, le gibier, les fromages forts et l'alcool sous toutes ses formes.

II. — Pendant les crises il faudra ordonner :

Le repos allongé ;

Les lotions chaudes à 50° avec de l'eau dans laquelle on mettra un verre d'alcool à 90° pour un litre ;

Des applications matin et soir de la pommade qui suit :

Chlorhydrate de cocaïne	ââ 0 gr. 50
Extrait thébaïque	ââ 0 gr. 50
Extrait de belladone	ââ 0 gr. 50
Extrait de ratanhia.	3 grammes
Onguent populeum.	30 —

S'il y a suintement sanguin, on remplacera la pommade précédente par la suivante :

Adrénaline à 1 p. 1.000	LXXX gouttes
Stovaïne	0 gr. 50
Vaseline	40 grammes

S'il y a suintement purulent, on placera pendant deux heures des compresses imbibées d'eau blanche, puis après avoir séché on saupoudrera la région anale avec un mélange à parties égales d'oxyde de zinc et de poudre de talc.

En cas d'hémorroïdes procidentes, accident fréquent après l'accouchement, il faudra chercher à les réduire avec un tampon de coton trempé dans de l'eau froide bouillie ; si l'on n'y parvient pas, il faudra recourir aux cataplasmes de glace pilée enveloppée dans un taffetas chiffon maintenus par un bandage en T.

Dans ces derniers temps, on a préconisé l'extrait de marron d'Inde soit à l'intérieur, soit à l'extérieur sous forme de pommade. A l'intérieur, on fera prendre la teinture au dixième, à la dose de dix gouttes trois fois par jour. A l'extérieur, on peut appliquer directement des compresses d'huile de marron d'Inde.

HERNIES ET GROSSESSE

(Voir aussi l'article Éventration.)

L'utérus, qui, à l'état de vacuité, est un organe pelvien, envahit rapidement l'abdomen lorsqu'il devient gravide. A cinq mois il atteint l'ombilic ; à partir du septième mois sa masse énorme fait bomber en avant la paroi abdominale, qu'elle distend de plus en plus, et refoule en arrière, à gauche, et en haut la masse intestinale ; tel est le fait qui domine l'histoire des hernies envisagées dans leurs rapports avec la grossesse.

Le diagnostic des hernies au cours de la gravidité ne présente aucune particularité spéciale, aussi est-ce surtout le pronostic et le traitement de cette complication de la grossesse que nous allons exposer.

Les hernies peuvent préexister à la grossesse et alors l'évolution de celle-ci a pour effet : 1° au début de les rendre plus apparentes ; 2° à partir du cinquième mois de les faire disparaître progressivement, l'utérus refoulant l'intestin, comme nous l'avons dit plus haut, et interposant sa masse entre lui et la paroi abdominale ; 3° après l'accouchement de les aggraver, la distension de la paroi aboutissant finalement à un relâchement excessif.

Les hernies peuvent apparaître pour la première fois dans le cours de la grossesse, surtout les hernies ombilicales, mais aussi les hernies inguinales et crurales.

Enfin, et c'est là le cas le plus fréquent, il peut arriver que les hernies ne se montrent qu'après une ou plusieurs grossesses, la multiparité ayant une action nettement prédisposante et facile à comprendre. C'est encore la région ombilicale qui en est le siège le plus fréquent, chez certaines femmes il se produit en outre un écartement permanent des muscles droits avec atrophie des fascias aponévrotiques, d'où résultent de véritables *éventrations* (voir ce mot).

Donc la grossesse aggrave nettement le pronostic des hernies.

Par contre, l'étranglement herniaire est tout à fait exceptionnel, car l'intestin est progressivement écarté des anneaux par l'utérus. Si des adhérences existent entre l'intestin et la paroi du sac herniaire, il peut en résulter des douleurs plus ou moins violentes, des coliques ou même des phénomènes d'obstruction.

Au moment de l'accouchement on pourrait craindre que les efforts violents de la période d'expulsion ne puissent avoir un retentissement fâcheux sur des hernies manifestes ou latentes ; c'est ce qui se produit pour la hernie ombilicale qui se tend violemment à chaque poussée. Mais l'intestin est

habituellement trop loin des orifices inférieurs pour pouvoir s'y engager.

Les grosses hernies, qui équivalent à une éventration, peuvent constituer une gêne sérieuse pour l'effort et nécessiter la terminaison artificielle de l'accouchement.

Pendant les suites de couches, tant que la parturiente est au lit, les hernies restent invisibles ; on ne constate que l'état de béance et de relâchement des anneaux et l'impulsion viscérale dans les efforts de toux ou de poussée, mais dès que la femme se lève, les hernies apparaissent plus ou moins volumineuses avec le cortège habituel de cette infirmité : tiraillements, pesanteurs, douleurs, coliques, etc.

Il est utile de prévoir l'apparition d'une hernie jusque-là méconnue ou inexistante et de l'annoncer, car on sait avec quelle facilité les accouchées imputent à une faute médicale les délabrements de leur paroi abdominale ou le relâchement de leur périnée.

Traitement. — La cure radicale s'impose chez la femme jeune, susceptible de devenir enceinte. Si la grossesse survient avant ou après cette opération, il faut renforcer les points faibles par le port d'appareils appropriés.

S'il s'agit d'une hernie ombilicale, on prescrit une ceinture spéciale portant une large plaque qui dépasse de beaucoup les limites de l'anneau et non une pelote de petite dimension qui rentre dans l'orifice et le dilate de dehors en dedans. Cette ceinture doit être conservée pendant toute la durée de la grossesse, sauf au lit ; on peut la combiner avec une ceinture de grossesse proprement dite ou utiliser simplement celle-ci en lui donnant une hauteur suffisante pour dépasser notablement l'ombilic et en y adaptant une plaque obturatrice.

Pour les petites hernies ombilicales, on peut se contenter d'un bandage de diachylon ou d'emplâtre adhésif.

Lorsqu'il y a des hernies inguinales ou crurales, le port du bandage approprié est à conseiller jusque vers le sixième

mois; il devient inutile et parfois insupportable passé cette époque.

Quand la grossesse est terminée, le port du bandage redevient une nécessité absolue après l'accouchement, et on doit poser à nouveau la question de la cure radicale ; l'opération sera naturellement différée si la femme allaite et, dans le cas contraire, il est bon d'attendre trois mois après la parturition pour la pratiquer.

Pendant l'accouchement il faut, surtout à partir de la période d'expulsion, surveiller les orifices herniaires et, si l'intestin vient s'y présenter, les faire obturer par la main d'un aide au moment des grands efforts ou en permanence par un bandage improvisé composé de pelotes de coton et de bandes de flanelle ou de tissu élastique bien serrées.

Si l'on constate que la hernie est en quelque sorte incoercible et rend l'effort insuffisant ou dangereux, il est indiqué de hâter la terminaison de l'accouchement le plus souvent par une application de forceps, exceptionnellement par une version.

Lorsque survient pendant la puerpéralité un étranglement herniaire, on peut essayer le bain chaud prolongé, le taxis pratiqué avec la douceur et la prudence qui doivent toujours présider à cette manœuvre faite au besoin en position de Trendelenburg. Si elle échoue, il ne faut pas hésiter à avoir recours à la kélotomie ou même à la laparotomie. L'interruption de la grossesse n'est nullement la règle après ces opérations, il est sage néanmoins de prescrire des opiacés pour prévenir l'irritabilité utérine.

HYDRAMNIOS

L'hydramnios est une complication de la grossesse caractérisée anatomiquement par un excès de liquide amniotique et cliniquement par une tension excessive et le plus souvent un volume exagéré de l'utérus. Sous l'influence de ce der-

nier signe, elle peut déterminer des accidents du côté de l'organisme maternel ; d'autre part, l'excès de liquide contenu dans l'œuf est un obstacle à l'accommodation du fœtus avec toutes ses conséquences et une cause de difficultés dans l'exploration du contenu utérin.

L'hydramnios peut se produire à toutes les périodes de la grossesse, pendant les premiers mois elle est sans aucun doute une des causes de l'avortement, mais elle passe inaperçue. Ce n'est habituellement qu'à partir du sixième mois que ses signes sont manifestes; encore à cette période attire-t-elle rarement l'attention de la femme. Pour déterminer des troubles, il faut ou que le développement abdominal soit très rapide ou qu'il soit considérable, de là les deux formes cliniques décrites par les auteurs : l'hydramnios aigu ou à évolution rapide et l'hydramnios chronique ou à marche lente.

L'hydramnios se caractérise au point de vue clinique par de la pesanteur abdominale, par des douleurs lombaires, hypogastriques, parfois même thoraciques. Lorsque le développement utérin est considérable, soit parce que le liquide est en très grande quantité, soit parce que l'hydropisie amniotique complique une grossesse gémellaire, ce qui n'est pas rare, il survient souvent des troubles respiratoires : dyspnée, accidents asphyxiques ; circulatoires : œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale ; urinaires : albuminurie, diminution des urines, éclampsie.

A la vue on constate un développement de l'abdomen, qui n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse, un amincissement et une coloration nacrée de la paroi, qui rend plus apparent le réseau veineux de cette région souvent plus développé, de l'œdème des membres inférieurs et des organes génitaux.

Le palper ne donne pas tous les renseignements qu'on est habitué à lui demander en clinique obstétricale, d'abord parce qu'il est souvent très douloureux, ensuite parce que la tension des parois abdominale et utérine est un obstacle. En dehors de l'augmentation de volume de l'utérus, il révèle la

fluctuation et l'excessive mobilité du fœtus ; celui-ci est même parfois impossible à sentir, et, pour y parvenir, il faut placer la femme dans le décubitus latéral. Lorsque la tension de l'utérus n'occupe qu'une partie de cet organe, il faut songer à une grossesse gémellaire avec hydropisie d'un des deux œufs. La mobilité du fœtus et l'impossibilité de le fixer rendent souvent l'auscultation négative.

Quant au toucher, il donne les mêmes renseignements que le palper : sensation de tension permanente du segment inférieur et de mobilité fœtale, il permet aussi de constater une ouverture plus ou moins grande du col pouvant être prise pour un début de dilatation.

Dans des cas exceptionnels, développement considérable et tension excessive de l'utérus, les signes de certitude de la grossesse peuvent ne pas être perçus, c'est là une cause sérieuse de difficultés dans le diagnostic.

En pratique, il est prudent de toujours faire des réserves au point de vue de l'enfant, car celui-ci peut être expulsé prématurément et être porteur de lésions syphilitiques ou de malformations.

Traitement. — Suivant le degré et la marche de l'hydropisie et suivant l'époque de la grossesse à laquelle elle apparaît, des accidents graves peuvent survenir. Aussi le traitement doit-il être envisagé à plusieurs point de vue : tantôt il sera institué dans le but d'arrêter la formation d'une quantité de liquide anormale, tantôt il sera destiné à parer aux troubles graves que le volume exagéré de l'utérus détermine dans l'organisme maternel, tantôt enfin il s'agit d'éviter ou de combattre certaines complications d'ordre obstétrical produites par l'hydramnios.

I. — *Traitement destiné à arrêter ou à modérer, quelquefois même à prévenir l'hydropisie de l'amnios.*

Avant d'instituer le traitement, il est nécessaire de faire une enquête sur les antécédents pathologiques de la femme

et particulièrement sur ses antécédents obstétricaux s'il en existe. On cherchera avec beaucoup de tact à dépister la syphilis chez la future mère et surtout chez le père. On examinera avec soin les urines au point de vue qualitatif et quantitatif.

Si l'on trouve dans les antécédents maternels ou paternels des signes certains ou même probables de syphilis, on devra soumettre la femme à un traitement antisyphilitique déguisé. Elle prendra avant chaque repas, pendant trois semaines par mois, une cuillerée à dessert de la potion suivante :

Glycérophosphate de chaux	10 grammes.
Iodure de potassium.	10 —
Biiodure d'hydrargyre	0,20 cgr.
Sirop de limon	300 grammes

Si, au contraire, on ne relève aucune trace de syphilis, on cherchera à augmenter la diurèse par le régime lacté partiel ou absolu ; chaque tasse de lait sera sucrée avec deux cuillerées à café de lactose. En cas d'œdème concomitant des membres inférieurs, la femme sera maintenue au lit.

Malgré ce traitement, le liquide contenu dans l'œuf continue parfois à augmenter de quantité, c'est qu'alors l'hydramnios est due à une cause sur laquelle nous n'avons pas d'action : grossesse multiple, monstruosités fœtales, etc. Des troubles de compression peuvent apparaître, ils retentissent d'autant plus sur l'organisme maternel que la marche de l'hydropisie est plus rapide (forme aiguë). Le traitement obstétrical peut devenir un traitement d'urgence imposé par l'éclosion de certains accidents.

II. — *Traitement destiné à parer aux troubles graves de l'organisme maternel.*

Ce traitement, purement obstétrical, consiste à diminuer le volume de l'utérus en *évacuant le liquide* qui y est contenu et par cela même à provoquer le travail, qui en est la

conséquence presque fatale. L'ouverture de la poche des eaux réclame certaines précautions, que nous indiquons dans le chapitre consacré au traitement des complications.

Pour recourir au traitement obstétrical, qui équivaut souvent à sacrifier la grossesse, il faut des raisons sérieuses. Les principales indications seront :

Un excès de volume et une tension permanente de l'utérus déterminant de la gêne respiratoire et circulatoire, caractérisée par de la dyspnée et des troubles asphyxiques.

Un mauvais état général se manifestant par des accès fébriles, de la perte d'appétit, de l'amaigrissement, une teinte terreuse des téguments et un aspect grippé de la face.

Une diminution de la sécrétion urinaire, la quantité d'urine éliminée dans les 24 heures étant *très inférieure à un litre.*

Des douleurs abdominales, diaphragmatiques et costales.

III. — *Traitement des complications maternelles et fœtales pendant le travail.*

Que le travail soit spontané ou provoqué par la ponction des membranes, certains dangers sont à craindre, et ces dangers, *évacuation trop rapide de l'utérus, procidences du cordon ou des membres, présentations vicieuses*, on pourra presque toujours les éviter en prenant certaines précautions.

Chaque fois qu'une femme atteinte d'hydramnios entrera en travail, il faudra lui recommander de se coucher dès le début des douleurs, de crainte qu'elle ne perde les eaux dans la station verticale. On surveillera avec soin l'état du col ; il arrive fréquemment que la dilatation se fait lentement, elle peut même ne pas progresser et dans ce cas on constate que les *membranes sont constamment tendues* : il y a indication de les rompre.

Avant d'évacuer le contenu liquide de l'utérus soit pendant la grossesse (traitement d'urgence), soit pendant le travail, on s'assure de la présence de la tête au-dessus du dé-

troit supérieur ; on l'y amène si l'on constate une présentation vicieuse. On glisse sous le siège de la femme un bassin plat ou la cuvette d'un bidet, ce qui aura l'avantage de mettre l'orifice cervical à un niveau plus élevé que le fond de l'utérus. Après avoir placé à sa portée un trocart, un perce-membranes ou une longue aiguille à tricoter qu'on aura fait flamber, on introduit la main dans le vagin ; l'index et le médius en extension vont se mettre en contact avec les membranes, tandis que les deux derniers doigts se fléchissent pour augmenter le volume de la main destinée à obturer en partie l'orifice vulvaire. L'instrument perforant est guidé sur l'index et le médius et, dans l'intervalle de deux contractions, il est enfoncé à travers les membranes et laissé en place si c'est un trocart, ou retiré sans agrandir l'ouverture, si c'est un perce-membranes. La main est maintenue dans le vagin pendant toute la durée de l'écoulement du liquide pour empêcher une issue trop rapide de celui-ci ; on évitera ainsi la syncope, qu'il faut toujours redouter, et l'entraînement du cordon ou d'un membre fœtal qu'on doit toujours craindre. On n'enlève la main qu'après s'être assuré que la présentation fœtale est en rapport et seule en rapport avec l'entrée du bassin.

HYDROCÈLE VAGINALE CONGÉNITALE

L'hydrocèle vaginale peut se rencontrer au moment de la naissance ou dans les jours qui suivent. On constate alors tantôt sur une des moitiés du scrotum, parfois sur les deux une augmentation de volume, souvent plus accusée le soir que le matin.

Cette tumeur, grosse comme un œuf de pigeon et quelquefois comme un œuf de poule, est fluctuante ou rénitente, lisse, régulière, indolore et le plus souvent réductible par une pression lente et continue. Examinée à la lumière, elle est transparente, un point seul est opaque, celui qui est occupé par la glande testiculaire.

Sa réductibilité et sa disparition passagère sont dues à la persistance du canal vagino-péritonéal du fœtus.

Elle guérit le plus souvent spontanément ou sous l'influence d'un pansement modérément compressif.

HYDROCÉPHALIE

L'hydrocéphalie est une affection du fœtus caractérisée anatomiquement par la formation d'une quantité excessive de liquide céphalo-rachidien, qui peut détruire presque toute la substance cérébrale, et cliniquement par le volume anormal de l'extrémité céphalique.

Celle-ci acquiert parfois des dimensions considérables qui peuvent atteindre 50 centimètres au niveau de la circonférence occipito-frontale. Nous laisserons de côté les degrés peu accusés d'hydrocéphalie pour étudier les seuls cas qui soient intéressants au point de vue obstétrical, c'est-à-dire ceux qui ne permettent pas l'accouchement sans intervention. Le gros danger de l'hydrocéphalie apparaît pendant le travail, surtout lorsque la cause de dystocie n'est pas reconnue à temps. *Ce danger, c'est la rupture utérine* qu'il est presque toujours possible d'éviter en faisant de bonne heure le diagnostic et en intervenant au moment convenable. Les craintes de rupture se rencontrent surtout dans la présentation du sommet. Dans la variété d'hydrocéphalie, que nous envisageons, la présentation transversale est exceptionnelle, le fœtus se présente soit par le sommet, soit par le siège. Cette dernière est relativement assez fréquente et cela ne doit pas nous surprendre, car, en vertu des lois de l'accommodation, l'extrémité fœtale la plus volumineuse a tendance à se placer de préférence dans la partie la plus vaste de l'utérus, c'est-à-dire au niveau du fond. Aussi au cours de cette malformation rencontre-t-on la présentation du siège une fois sur quatre environ, celle-ci a d'autant plus de chance de se produire que le volume de la tête fœtale est plus considérable.

Nous étudierons le diagnostic et la conduite à tenir dans ces deux genres de présentation, car le moment où la malformation peut être reconnue et où l'intervention peut être mise en œuvre diffère selon qu'il s'agit d'une tête première ou d'une tête dernière.

I. — *Présentation de l'extrémité céphalique.*

Dans le cas où le fœtus hydrocéphale se présente par le sommet, le diagnostic est d'ordinaire plus facile.

Pendant la grossesse, l'attention pourra être attirée par un excès de volume de l'utérus, excès de volume déterminé soit par le développement anormal du crâne fœtal, soit par l'hydramnios qui accompagne cette malformation. Un palper attentif peut révéler la présence au-dessus du détroit supérieur d'une tumeur rénitente, ayant la forme de l'extrémité céphalique, mais dont les dimensions verticales et transversales sont plus considérables que celles qu'on rencontre habituellement dans la présentation du sommet. Le palper mensurateur permet d'apprécier la saillie excessive que fait en avant du plan pubien cette extrémité fœtale.

Souvent le diagnostic n'a pas été fait pendant la grossesse, et c'est au moment du travail qu'on est obligé de le poser. La dilatation du col est lente, les douleurs sont fréquentes, et cependant le pôle fœtal situé au-dessus du détroit supérieur n'a aucune tendance à s'engager. Le palper démontre un développement exagéré de tout le segment inférieur de l'utérus et une tension anormale de cette région, mais la fréquence des contractions permet rarement d'approfondir le diagnostic par cette voie; c'est au toucher qu'il faut s'adresser. Avant la rupture des membranes on sent une poche des eaux volumineuse, et tout ce qu'on peut constater, c'est l'absence complète d'engagement. Le plus souvent les membranes se rompent prématurément, il est alors possible d'explorer la présentation fœtale ; celle-ci donne la sensation d'une tumeur molle et fluctuante, qui peut être

prise pour une poche des eaux, car elle se tend au moment des contractions. Cette confusion est d'autant plus facile qu'on n'a pas assisté à la rupture des membranes ; si l'on constate à un moment donné un écoulement brusque de liquide amniotique, on est en droit de supposer l'existence d'une poche amnio-choriale. Mais en explorant plus complètement cette tumeur, on sent qu'elle est recouverte par des petits cheveux et qu'elle est constituée par une paroi de consistance inégale. En certains points en effet le doigt se rend compte que l'enveloppe est rénitente, membraneuse, en d'autres au contraire elle est dure et nettement osseuse. Le toucher manuel permet d'apprécier les connexions de ces différentes parties, les portions dures correspondent aux os du crâne, les pariétaux, les portions molles correspondent aux sutures et aux fontanelles anormalement développées, suture sagittale et fontanelle lambdatique. Les rebords osseux sont souvent crénelés et hérissés de saillies plus ou moins fines, qui se brisent au contact du doigt en donnant naissance à une crépitation spéciale.

Traitement. — Dès que le diagnostic est établi, il faut intervenir, même si la dilatation n'est pas complète ; en attendant trop longtemps, comme cela arrive malheureusement souvent, on doit craindre une rupture du segment inférieur de l'utérus anormalement développé. Dans cette variété de présentation, l'intervention est du reste facile ; il faut vider le liquide, qui distend anormalement la cavité crânienne ; pour cela il suffit de lui ouvrir une issue. On choisit la région membraneuse la plus rapprochée du centre de l'orifice cervical, et on y enfonce un instrument piquant quelconque, pointe de ciseaux, perforateur, trocart, etc., en ayant soin de le guider avec la main gauche introduite la première dans les organes génitaux jusqu'au contact du point où doit pénétrer l'instrument. Pour ménager la vie de l'enfant on a conseillé de recourir de préférence à un fin trocart, précaution bien inutile, car, si l'hydrocéphalie est suffisamment développée pour

empêcher l'engagement dans un bassin normal, il n'y a pas à compter avec l'existence du fœtus. La tête vidée de son contenu, on laisse la dilatation s'achever spontanément sous l'influence de la descente de l'extrémité céphalique réduite de volume; s'il y avait indication à terminer l'accouchement, il faudrait saisir la tête non pas avec le forceps, qui déraperait et risquerait de faire des lésions maternelles, mais avec le cranioclaste, le céphalotribe ou encore avec le basiotribe de Tarnier transformé en cranioclaste.

II. — *Présentation du siège.*

Pendant la grossesse le *diagnostic de l'hydrocéphalie dans la présentation du siège* n'est pas impossible, mais il est rarement fait, car il est difficile. La tête est cachée au fond de l'utérus sous les fausses côtes, le ballottement est le plus souvent nul, à moins qu'il n'y ait en même temps hydramnios ; quant à la crépitation parcheminée, elle est rarement perçue. Tout ce que le palper peut parfois révéler, c'est une consistance spéciale du fond de l'utérus, qui est plus résistant dans cette région, et cependant on sent que cette tension ne correspond pas à quelque chose de dur, on a la sensation d'un œuf plus tendu ; il est alors permis de penser à une grossesse gémellaire, d'autant plus que le développement utérin est d'ordinaire exagéré.

Pendant le travail, on a en pratique à poser le diagnostic, lorsque le siège, le tronc et les bras sont dégagés et que l'extrémité céphalique se trouve retenue au-dessus du détroit supérieur. Nombreuses sont les causes qui peuvent empêcher la tête de descendre dans l'excavation : rétrécissement du bassin, dilatation incomplète de l'orifice externe du col de l'utérus, contracture de ce dernier, présence d'un deuxième jumeau accrochant la tête du premier, tumeur utérine ou péri-utérine. La vue et le palper peuvent déjà attirer l'attention et rétrécir le champ du diagnostic ; en effet le fœtus est en grande partie hors des organes génitaux et cependant

l'utérus conserve un volume plus considérable que d'habitude ; on doit alors penser soit à la grossesse gémellaire, soit à l'hydrocéphalie ; le fibrôme utérin ne doit venir qu'en dernière ligne dans le travail cérébral qui se fait à ce moment. C'est au *toucher manuel* de nous renseigner, le fœtus saisi d'une main est ou soulevé ou abaissé de façon à dégager autant qu'on le peut la partie postérieure du cou, la main libre glisse le long de la colonne vertébrale et se porte doucement le plus haut possible à la recherche de la nuque située au-dessus du détroit supérieur. Elle explore toute cette région fœtale pour trouver une suture ou de préférence la fontanelle postérieure, elle constate un élargissement considérable des sutures qui peuvent atteindre plusieurs centimètres de large et qui offrent à leur niveau une sensation de tension et quelquefois même de fluctuation. Il n'est pas rare d'éprouver par le toucher une impression spéciale, véritable crépitation due au brisement des épines osseuses, qui hérissent les rebords des os du crâne.

Dans certains cas, l'hydrocéphalie s'accompagne d'un spina bifida ; si donc, au cours d'un accouchement présentant des difficultés pour l'engagement de la tête dernière, on a constaté cette malformation, il faut aussitôt penser à l'excès de volume de la tête fœtale et le rechercher par le procédé indiqué.

Traitement. — Une fois le diagnostic posé, quelle est la conduite à tenir ? La tête ne descend pas, parce que ses dimensions sont trop considérables, une seule indication se pose : diminuer le volume de la tête fœtale. Il est donc inutile de tirer sur le fœtus, comme on a trop fréquemment tendance à le faire, souvent il est vrai par ignorance de l'obstacle ; cette pratique est dangereuse non pas pour l'enfant, dont la vie ne doit plus entrer en ligne de compte, mais pour la mère qu'on expose à des dégâts multiples du côté de l'utérus et du vagin.

Doit-on broyer la tête pour réduire ses dimensions ? Cette intervention est inutile, l'excès de volume ne tient pas au

développement exagéré des parties dures, mais à la présence de liquide dans la cavité crânienne. Il suffit de créer une porte de sortie à celui-ci pour voir la tête, dont les dimensions diminuent à mesure que le liquide s'écoule, descendre toute seule sous l'influence de la traction exercée par le poids du corps fœtal. Cette évacuation du liquide, dont nous allons indiquer la technique, se produit quelquefois spontanément au cours des efforts d'extraction pratiqués trop brutalement par l'opérateur : tantôt c'est la colonne vertébrale qui se rompt et le liquide céphalo-rachidien s'écoule dans les tissus environnants ; tantôt, mais plus rarement, c'est la paroi crânienne qui se fissure, le liquide passe alors sous le cuir chevelu qu'il soulève. Il ne faut pas compter sur ces modes de terminaison relativement heureux ; pour qu'ils se produisent, il faut que le diagnostic n'ait pas été fait et que les tractions exercées sur le fœtus aient été considérables, ce qui est toujours un danger pour la mère.

Lorsque la tête d'un fœtus hydrocéphale est retenue au détroit supérieur, il ne faut pas chercher à la faire passer de force par des tractions exercées directement sur le corps du fœtus ou au moyen d'une application de forceps, en supposant même que le volume de la tête permette l'usage de cet instrument. On doit recourir au procédé le plus simple, qui a été imaginé par Lacoux, mais qui est plus connu sous le nom de procédé de Van Huevel. Il consiste à sectionner transversalement la colonne vertébrale au niveau de la région cervico-dorsale, puis à introduire dans le canal rachidien une sonde semi-rigide ou une sonde molle munie d'un mandrin et à la pousser jusque dans la cavité crânienne ; le liquide s'écoule alors au dehors, la tête s'affaisse, le poids du corps ou une traction modérée l'entraîne hors des organes génitaux. Ce procédé opératoire n'est pas toujours possible, on peut être appelé à intervenir en seconde main, alors que des tractions ont déjà été exercées par une autre personne et qu'elles ont fracturé le rachis.

Il faut dans ce cas attaquer directement la boîte crânienne

pour y ouvrir une brèche ; on se servira soit du perforateur du basiotribe, soit du perforateur de Blot, soit même d'une branche des ciseaux de Dubois ; les lieux d'élection pour appliquer l'instrument sont la cavité buccale ou la nuque du fœtus, à ce niveau on recherche de préférence une suture. Si l'on s'adresse à cette dernière voie, qui est plus facile, il faut craindre de glisser et d'aller blesser la paroi utérine, la voie buccale offre plus de sécurité, mais la voûte palatine est plus résistante et plus longue à perforer. Dans les deux cas la main gauche de l'opérateur est introduite dans les organes génitaux de la patiente jusqu'au niveau de la région qui doit être attaquée, l'instrument est saisi de la main droite et glissé le long de la face palmaire de la main guide. Dès que la pointe du perforateur est en contact avec la paroi crânienne, on lui fait exécuter des mouvements de demi-rotation, en même temps qu'on l'appuie fortement contre la surface osseuse ; on avance ainsi peu à peu et, à un certain moment, on a la sensation d'une résistance vaincue ; on retire le perforateur et le liquide s'échappe au dehors. Si l'écoulement diminue ou cesse complètement, il suffit de faire de l'expression de l'extrémité céphalique en appliquant la paume des deux mains sur le globe utérin, qu'on sent facilement au niveau de la région hypogastrique, le liquide s'écoule et la tête s'affaisse.

HYDRORRHÉE DÉCIDUALE

Considéré dans son sens général, le terme hydrorrhée signifie écoulement de liquide provenant de l'utérus. Pendant la grossesse ce liquide vient le plus souvent de la cavité de l'œuf ; il s'agit alors de l'*hydrorrhée amniotique*, déterminée par une rupture ou une fissure des membranes. [Voir MEMBRANES (Rupture prématurée des).] Il arrive parfois, mais rarement, que le liquide, tout en venant de l'utérus n'est cependant pas constitué par du liquide amniotique,

mais par une hypersécrétion des glandes de la caduque ; c'est à cette variété qu'on a donné le nom d'*hydrorrhée déciduale* vraie.

Le liquide sécrété s'accumule dans l'épaisseur même de la caduque ; il se produit une sorte de clivage entre les caduques utérine et ovulaire. Le kyste ainsi formé finit peu à peu par se frayer une voie dans la direction du col et tout d'un coup, soit silencieusement, soit à la suite d'une sensation de tension douloureuse de l'utérus, un flot de liquide s'échappe des organes génitaux. L'impression première est qu'il vient de se produire une rupture prématurée des membranes ; en pratique c'est du reste ce diagnostic qu'il faut toujours poser, et c'est la thérapeutique de cet accident qu'on doit aussitôt mettre en œuvre.

L'évolution est le seul facteur clinique qui permette de distinguer ces deux variétés d'hydrorrhée ; quant aux caractères différents du liquide, suivant qu'il s'agit de l'une ou de l'autre variété, ils sont très difficiles à analyser, pour ne pas dire impossibles. Dans l'hydrorrhée amniotique le suintement continue les jours suivants, il augmente souvent sous l'influence de certains changements de position, il est assez fréquent du reste de voir le travail survenir dans les quarante-huit heures qui suivent la rupture des membranes. Dans l'hydrorrhée déciduale au contraire, tantôt le flot quelquefois assez abondant de liquide, n'est suivi d'aucun autre écoulement, tantôt à ce flot succède un léger suintement qui disparaît bientôt. Il n'est pas rare, dans cette variété d'hydrorrhée, de constater le même tableau clinique quelques semaines plus tard, et cela à plusieurs reprises.

Traitement. — Dans la pratique journalière, en présence de l'incertitude du diagnostic au début, il est prudent de se comporter comme s'il s'agissait d'une hydrorrhée amniotique.

On prescrira donc, après s'être assuré que la présentation fœtale est normale et que l'enfant est vivant :

Le repos absolu au lit.

Des toilettes vulvaires.

Un pansement ouaté occlusif devant la vulve.

On recommandera d'évacuer régulièrement l'intestin au moyen de laxatifs et de lavements.

On fera prendre la température et le pouls matin et soir.

Les injections vaginales ne seront ordonnées que s'il existe un écoulement vaginal suspect et que si l'on dispose d'une garde expérimentée. Elles seront pratiquées avec une canule n'ayant que des trous latéraux, sans trou médian, et avec une pression minime, le laveur placé à 0 m. 30 au-dessus du plan du lit.

Enfin, on n'autorisera le lever qu'à la condition qu'il ne se soit produit aucune contraction douloureuse et aucun écoulement de liquide pendant quatre jours.

HYSTÉRECTOMIE PENDANT LA PUERPÉRALITÉ

Pendant la grossesse les indications de l'hystérectomie sont rares ; la plus importante est la rupture de l'utérus, déterminée par une plaie de cet organe ou par la rupture d'une grossesse interstitielle.

Nous signalerons également la môle hydatiforme, lorsqu'on constate par l'exploration intra-utérine que les vésicules ont envahi l'épaisseur même du muscle. L'indication dans ce cas peut se poser plus tardivement par l'apparition d'hémorragies rebelles s'accompagnant d'un développement anormal de l'utérus, un déciduome malin est alors à craindre.

Au cours du travail les indications sont plus fréquentes, un grand nombre d'entre elles sont communes avec celles de l'opération césarienne.

L'hystérectomie est le complément voulu ou accidentel de la césarienne, aussi cette intervention ne doit-elle jamais être entreprise sans avoir préparé tout ce qui est nécessaire pour enlever l'utérus.

Par complément voulu de la césarienne, il faut entendre le cas où, avant de commencer la laparotomie, il a été décidé que l'extraction du fœtus serait suivie de l'hystérectomie. C'est la conduite qu'il faut suivre chaque fois que l'utérus est le *siège de phénomènes infectieux*, infection amniotique, putréfaction fœtale, etc. Il y a peu de temps encore, il était de règle d'enlever l'utérus lorsque les membranes étaient rompues prématurément, mais actuellement l'opération césarienne tardive n'est plus une indication absolue de l'hystérectomie.

Cette intervention est également indiquée dans l'*ostéomalacie*, l'ovariotomie étant jusqu'ici la méthode thérapeutique qui a donné les meilleurs résultats pour la guérison de cette affection osseuse, dans certains *utérus atteints de fibromes* ou de *cancer du col* n'ayant pas permis l'accouchement par les voies naturelles.

Les indications de l'hystérectomie ne se posent parfois qu'au cours de la césarienne, elles sont beaucoup plus rares. C'est ainsi qu'on peut être amené à enlever l'utérus pour combattre une *hémorragie très abondante* qu'aucun autre moyen n'arrête. Lorsque l'hystérotomie a été pratiquée à plusieurs reprises, il arrive parfois que le tissu utérin est très aminci et qu'une nouvelle grossesse est considérée comme un danger ; dans ces conditions il y a avantage à faire l'hystérectomie.

Enfin, la troisième variété d'indications est constituée par la *rupture utérine*, reconnue soit après l'expulsion ou l'extraction du fœtus, soit alors que celui-ci est passé, en totalité ou en partie, dans la cavité abdominale.

Quant au genre d'intervention qu'il faut pratiquer : opération de Porro, hystérectomie supra-vaginale, hystérectomie totale, il varie non seulement suivant les cas qui nécessitent l'hystérectomie, mais encore suivant les conditions dans lesquelles on est placé, milieu opératoire, nécessité de terminer rapidement l'opération, et suivant l'aptitude chirurgicale du praticien.

L'opération de Porro ou amputation supra-cervicale avec pédicule externe a comme avantage sa rapidité d'exécution, son manuel opératoire plus simple, elle doit être préférée dans le plus grand nombre des cas, mais elle n'est pas applicable s'il s'agit d'un cancer du col, d'un fibrome localisé au segment inférieur, d'une déchirure de l'utérus intéressant la région qui devra constituer le pédicule, région qui est d'ordinaire le siège d'un décollement péritonéal avec infiltration sanguine plus ou moins considérable. Il est certain que dans ces différents cas, c'est l'hystérectomie qui est particulièrement indiquée, mais cette opération est plus longue à exécuter et nécessite une plus grande pratique chirurgicale.

Chaque fois que l'indication sera constituée par des phénomènes infectieux du contenu utérin, il faudra avoir la précaution de sortir complètement l'utérus de la cavité abdominale avant de l'inciser et de garantir le péritoine par une forte épaisseur de compresses.

Quant aux indications pendant les suites de couches, elles sont restreintes. On avait à un certain moment fondé beaucoup d'espoir sur cette opération dans les accidents infectieux graves, mais les résultats obtenus n'ont pas donné ce qu'on en attendait.

HYSTÉROPEXIES ET GROSSESSE

Actuellement tous les gynécologues sont parfaitement documentés sur les inconvénients que présentent les différents procédés de fixation du corps de l'utérus à la paroi abdominale ou au vagin et tous sont unanimes à déconseiller cette fixation chez les femmes en période d'activité génitale. C'est dire que si nous restons dans le domaine de la pratique, le seul qui nous intéresse ici, la dystocie de cet ordre devient et deviendra de plus en plus rare, en conséquence nous nous bornerons à esquisser le pronostic et les indications thérapeutiques qui peuvent se présenter.

C'est à dessein que nous avons mis au pluriel le mot hystéropexie en tête de cet article, il n'y a pas en effet une hystéropexie, il y a des hystéropexies que l'on peut répartir en deux groupes :

1° Les hystéropexies abdominales;

2° Les hystéropexies vaginales.

Dans les deux cas c'est toujours un point quelconque du *corps* de l'utérus qui est fixé, le choix de ce point a une importance capitale, ce peut être le fond, l'isthme ou une partie de la face antérieure située entre ces deux limites; de plus on cherche à créer une adhésion aussi large et aussi haute que possible par une grande surface et non par une étroite ligne de contact. Le succès durable de l'opération est à ce prix.. Or l'expérience et le raisonnement montrent que les inconvénients de l'hystéropexie croissent : 1° en raison directe de sa solidité ; 2° à mesure que l'adhérence se rapproche du fond de l'utérus.

Dans l'hystéropexie dite *isthmique* les accidents dystociques consécutifs sont rares; ils sont relativement fréquents quand le fond de la matrice a été embroché par les sutures.

Mais ce ne sont pas là les seuls facteurs qui règlent le pronostic, la zone abdomino-pariétale de fixation a aussi son importance. Supposons en effet que le fond de l'utérus ait été fixé exactement au-dessus du bord supérieur du pubis, on conçoit à quel point le développement de l'organe gestateur sera gêné ou même entravé; cela équivaut à la suppression totale de la paroi antérieure de la matrice réduite alors à s'amplifier aux dépens de sa seule paroi postérieure et des portions non adhérentes de son fond. Aussi la forme de cet utérus gravide est-elle étalée latéralement, allongée en arrière, en même temps que son axe longitudinal reste basculé en avant; ce développement anormal a pour conséquence de porter le col de plus en plus haut et en arrière à un degré tel que dans certaines observations on ne pouvait l'atteindre que par le toucher manuel profond.

Les dangers sont les mêmes quand l'utérus est fixé au vagin, l'antéversion peut être encore plus prononcée, mais ici encore tout dépend de la longueur de paroi antérieure adhérente.

De tout ce que nous venons d'exposer, on peut déduire les conséquences obstétricales des hystéropexies. Ce sont d'abord :

L'avortement, 12 p. 100 ;

L'accouchement prématuré, 5 p. 100.

Si la grossesse va à terme, on note l'existence de douleurs fréquentes, explicables par le tiraillement des adhérences et la gêne de l'expansion vésicale.

Les présentations vicieuses, sans être la règle, ont été fréquemment notées, surtout la présentation de l'épaule, due au développement transversal de l'utérus et à son antéversion exagérée. Il est parfois impossible de corriger par une version externe cette mauvaise présentation.

Au moment du travail, la période de dilatation peut être fortement troublée par le rejet extrême du col en arrière ; elle l'est aussi, cela va sans dire, par la présentation vicieuse, surtout si les membranes viennent à se rompre prématurément. Toutefois, il ne faudrait pas noircir le tableau outre mesure, car les statistiques montrent qu'il y a 82 p. 100 d'accouchements spontanés.

Pendant la délivrance, on peut avoir des difficultés résultant de l'inertie et de l'antéversion extrême de l'utérus.

Pendant le post-partum on n'a jamais observé d'accidents sérieux, imputables à l'hystéropexie.

La mortalité fœtale est un peu plus élevée que dans les grossesses normales.

Traitement. — La prophylaxie des accidents que nous venons d'énumérer s'impose à tous les chirurgiens, leur accord sur ce point est parfait. Tous actuellement tendent à substituer, toutes les fois que cela est possible, la ligamentopexie à l'hystéropexie proprement dite. Quand cette dernière paraît seule réalisable, tous cherchent à lais-

ser libre le fond et la plus grande partie de la face antérieure de l'utérus.

La femme enceinte qui a subi une hystéropexie doit être mise en garde contre les possibilités d'expulsion prématurée. Il faut lui conseiller le repos prolongé, surtout pendant les périodes correspondant aux règles. Les secousses, les trépidations doivent lui être épargnées ; il en est de même des rapprochements sexuels fréquents.

Si l'utérus paraît irritable ou douloureux, quelques injections sous-cutanées de morphine sont indiquées. Il ne faut pas dépasser la dose de 3 centigrammes dans les 24 heures, mais il est bon de répéter les injections toutes les trois heures. La morphine peut être donnée aussi en lavement aux mêmes doses et avec les mêmes intervalles.

Quand on constate une présentation transversale, il faut s'efforcer de la transformer par manœuvres externes en siège ou de préférence en sommet et de la fixer avec un bandage de fortune, composé d'une ceinture de flanelle et de coussins oblongs remplis de balle d'avoine ou de coton. La ceinture eutocique de Pinard assure une meilleure contention dans les cas où la présentation est difficile à maintenir.

Au moment du travail, il faut naturellement s'assurer que la présentation est restée normale et respecter soigneusement la poche des eaux jusqu'à la dilatation complète. Si le col est très en arrière et que la dilatation ne progresse pas à cause de cela, il faut accrocher la lèvre antérieure avec un doigt, la ramener et la maintenir en avant au moment des contractions jusqu'à ce que l'on constate les progrès de la dilatation.

A la dilatation complète, la version interne s'impose, si la présentation transversale n'a pu être réduite au cours de la grossesse ou au début du travail.

On compte les cas d'opérations césariennes nécessitées par l'attitude vicieuse de l'utérus, c'est là une éventualité qui pratiquement peut être considérée comme négligeable.

ICTÈRE GRAVIDIQUE

L'ictère gravidique est une des manifestations les plus importantes de l'hépato-toxémie. Les différentes variétés décrites par les classiques n'existent pas en réalité ; l'ictère n'est qu'un symptôme qui se présente sous des formes variables suivant les degrés d'altération de la cellule hépatique et suivant les lésions des autres organes de défense, du rein en particulier : « Le plus grand danger dans l'ictère, c'est l'imperméabilité rénale » (Bouchard).

L'ictère apparaît de préférence chez les primipares jeunes et à tous les âges de la grossesse, le plus souvent du quatrième au huitième mois.

Les symptômes qui le caractérisent sont-ils et persistent-ils peu accusés, ils donneront naissance à l'affection connue sous le nom d'*ictère bénin*. Présentent-ils au contraire des caractères rapidement alarmants, ils constitueront les *ictères graves*. Enfin si à la bénignité du début succèdent des troubles graves avec terminaison mortelle, on se trouve en présence d'un *ictère aggravé*.

Les ictères sont fréquemment précédés de troubles digestifs divers, parfois cependant ils débutent brusquement à la façon d'une maladie infectieuse. L'ictère est plus rarement le symptôme initial, mais quel que soit le mode de début, il constitue le signe capital de la période d'état dans l'ictère bénin. La coloration est très variable, elle varie du jaune soufre au jaune d'or, elle est surtout apparente au niveau de la conjonctive bulbaire et du plancher de la bouche.

En même temps les urines émises ont une coloration foncée jaune verdâtre ou acajou et la réaction de Gmelin dénote la présence de pigments biliaires. Leur quantité est parfois diminuée et il n'est pas rare d'y trouver de l'albumine.

Les troubles digestifs sont constants : langue sale, anorexie, vomissements, constipation ; les matières fécales sont

alors dures, argileuses ; parfois cependant il y a diarrhée avec selles molles, liquides, verdâtres.

La région hépatique est souvent douloureuse et le foie est augmenté de volume.

Le pouls est habituellement ralenti, alors que la température est normale ou peu élevée, 38° environ.

Il n'est pas rare de constater en même temps que l'ictère d'autres manifestations de l'auto-intoxication gravidique : prurit, œdème, albuminurie, etc.

Dans cette forme la guérison est habituelle.

Ictères graves. — Dans l'ictère grave le symptôme « ictère » tient une place beaucoup moins importante ; ce qui domine, ce sont les symptômes généraux, frissons, fièvre, abattement, céphalalgie, insomnie, et les symptômes digestifs, anorexie, langue sale, vomissements.

Le pouls est toujours rapide, la température au contraire varie, elle est tantôt normale, tantôt supérieure ou inférieure à 37°.

Les hémorragies se manifestent sous forme d'épistaxis, d'hématémèses, de purpura et de métrorragies pouvant déterminer l'expulsion de l'œuf. Les troubles nerveux sont constants, céphalalgie, délire, convulsions, coma.

Cette forme est très grave, la mort en est la terminaison habituelle et rapide, alors que la guérison est fréquente dans l'ictère bénin.

Traitement. — Toute femme présentant des antécédents hépatiques ou des manifestations de l'auto-intoxicateur gravidique doit être soumise à un régime sévère et être l'objet d'une surveillance constante.

Il faudra la soumettre au régime lacto-végétarien, examiner fréquemment ses urines au point de vue qualitatif et quantitatif, lui ordonner des doses faibles mais répétées de calomel, 0,05 centigrammes tous les soirs, et des lavages quotidiens de l'intestin.

En cas d'ictère, l'alimentation sera purement hydro-lactée, on prescrira tous les jours de grands lavements d'eau bouil-

lie froide, des inhalations d'oxygène, 30 litres dans les 24 heures, des injections sous-cutanées d'huile camphrée à 1 p. 10, 1 centimètre cube par jour.

L'hyperthermie est combattue par les bains tièdes, l'hypothermie par une température élevée dans la chambre et des boules d'eau chaude dans le lit de la malade; on combattra l'adynamie par une potion à l'acétate d'ammoniaque :

Acétate d'ammoniaque	4	grammes
Extrait de quinquina	2	—
Sirop —	120	—

à prendre par cuillerées à potage dans les vingt-quatre heures, et les hémorragies par des boissons acidulées, limonade tartrique ou citrique. L'*ergotine est absolument contre-indiquée* tant que l'utérus n'est pas vide. Il ne faut y recourir après la délivrance qu'à la dernière extrémité, après s'être assuré qu'il ne reste rien dans la cavité utérine. Quant à la provocation de l'accouchement, il faut la mettre en œuvre dans les ictères dits bénins lorsque le pouls se maintient au-dessus de 100 et lorsque les urines recueillies soigneusement pendant vingt-quatre heures sont inférieures à 800 grammes.

Dans l'ictère grave l'évacuation utérine s'impose dès que le diagnostic est confirmé. Si le fœtus est viable, on peut ainsi espérer sauver et la mère et l'enfant, tous deux voués à la mort. Dans les premiers mois de la grossesse on donne à la femme quelques chances de guérison.

ICTÈRES DES NOUVEAU-NÉS

La jaunisse est extrêmement fréquente chez les nouveau-nés, 80 p. 100 d'entre eux en sont atteints pendant quelques jours. Ils reprennent ensuite leur coloration normale, sans que leur état général ou leur développement paraisse avoir souffert de cet incident.

Mais, à côté de cet ictère presque normal, on sait qu'il en

existe d'autres nettement pathologiques; les uns ont pour cause une infection des voies biliaires, ce sont de beaucoup les plus communs; les autres sont dus à un vice de conformation des canaux excréteurs de la bile, ils sont d'une extrême rareté.

Comment faire le diagnostic de ces différentes variétés d'ictères (1)?

On doit d'abord examiner les urines et les matières fécales; pour les fèces, rien n'est plus facile, mais pour les urines on aura souvent quelque peine à s'en procurer. Un procédé simple pour en recueillir la petite quantité nécessaire consiste à placer sur les organes génitaux un tampon de coton hydrophile gros comme un œuf de poule.

Lorsque ce tampon est mouillé, il suffit de l'exprimer dans un tube à essai. Il est essentiel qu'il ne soit pas souillé de matières fécales, sous peine d'avoir des résultats erronés.

La recherche des pigments biliaires dans l'urine se fait au moyen de la réaction de Gmelin. On sait en quoi elle consiste: si l'on verse avec précaution dans un verre contenant de l'urine de l'acide nitrique nitreux, de façon que l'acide coule le long de la paroi et gagne le fond du récipient sans se mélanger à l'urine, on constate la formation dans celle-ci, au contact de la surface de l'acide, de zones colorées superposées, visibles à travers la paroi de verre, sous forme d'anneaux colorés rouge, violet, bleu et enfin vert; ce dernier, formé de biliverdine, est caractéristique de la présence des pigments biliaires.

Quant aux matières fécales, il suffit de les regarder: sont-elles jaunes d'or ou vertes, elles contiennent certainement de la bile. Sont-elles au contraire décolorées, couleur mastic, on peut conclure à l'obstruction, temporaire ou permanente, des voies biliaires.

(1) Nous ne croyons pas devoir insister sur le diagnostic de l'ictère en temps que symptôme, il suffit de le rechercher à la lumière du jour pour le trouver: quand il est douteux, il n'offre guère d'intérêt pratique.

Toutefois il faut savoir que, chez les nourrissons élevés au lait de vache, les selles peuvent présenter cet aspect mastic sans qu'il y ait d'ictère, mais ceci ne s'observe pas chez les nouveau-nés, qui tous, qu'ils soient au sein ou au biberon, ont pendant les premières semaines ou des selles jaunes ou des selles plus ou moins teintées de vert.

Grâce à ce double examen des urines et des fèces, nous pouvons établir immédiatement une classification.

En effet, si les urines ne contiennent pas de pigments biliaires, on peut affirmer que l'ictère est un ictère idiopathique, hémaphéique, par destruction globulaire, suivant les théories actuellement admises, ictère essentiellement bénin par conséquent. Le seul aspect clinique du nouveau-né permet de poser ce diagnostic et ce pronostic : la teinte du nourrisson est plutôt jaune orange que jaune verdâtre, son état général est bon, il augmente régulièrement de poids, il n'a ni fièvre, ni hypothermie. Cet ictère-là guérit spontanément en 4 à 8 jours, et il est tout à fait inutile de le traiter.

Par contre, si nous trouvons des pigments biliaires dans les urines (qui colorent alors les couches en jaune plus ou moins foncé), c'est que l'ictère est bien un ictère par accumulation de bile dans le sang, un ictère biliphéique. Chez le nouveau-né, 99 fois sur 100, il s'agit d'infection des voies biliaires, souvent bénigne, parfois au contraire très grave. Les enfants les plus atteints sont les prématurés débiles et les syphilitiques ; l'état général est mauvais d'emblée ou secondairement, il existe de la fièvre ou une hypothermie plus ou moins marquée, des hémorragies, des troubles de la digestion stomacale ou intestinale, les matières sont colorées, vertes le plus souvent. Exceptionnellement ces ictères infectieux ont un caractère grave d'emblée, ils s'associent à de la cyanose et les enfants prennent alors une teinte bronzée (ictère bronzé). Cette forme est rare dans la pratique urbaine, mais, dans les milieux hospitaliers, elle peut décimer les enfants en couveuse et prendre une allure épidémique.

La porte d'entrée de l'infection des voies biliaires n'est pas

indifférente pour le pronostic. L'infection d'origine ombilicale est infiniment plus grave que celle qui provient de l'intestin.

Nous venons de voir que, dans toutes les variétés d'ictère que nous avons décrites jusqu'ici, les matières sont restées colorées. Si elles sont décolorées, ce qui est très rare, c'est qu'il existe une obstruction des voies biliaires ; il peut s'agir d'un simple spasme du cholédoque, d'un calcul, d'un ictère catarrhal, véritables curiosités cliniques, mais le plus souvent le cas est plus grave, l'obstruction est congénitale et résulte d'une malformation des voies biliaires. Le diagnostic un instant hésitant s'impose rapidement par la précocité et l'intensité croissante de l'ictère. Le pronostic est naturellement fatal.

En résumé, au point de vue pratique, il n'existe guère que deux formes d'ictère du nouveau-né : l'ictère hémaphéique très commun, mais très bénin, et l'ictère infectieux, dont la gravité extrêmement variable est facile à apprécier cliniquement par l'aspect du sujet, le thermomètre et la balance.

Traitement. — 1° *Ictère hémaphéique.* — Toute thérapeutique dirigée contre l'ictère seul est parfaitement inutile. Il suffit de surveiller l'enfant au point de vue de l'accroissement exactement comme s'il n'avait pas d'ictère.

2° *Ictère infectieux d'origine intestinale.* — Il est important de s'assurer que la syphilis est ou n'est pas en cause ; si l'on a des raisons de la craindre, il est indispensable de donner immédiatement à l'enfant le traitement spécifique (voir article SYPHILIS).

Que la syphilis soit ou non agissante, il est capital de soumettre ces enfants à un traitement hygiénique extrêmement rigoureux. Il leur faut de l'air, de la chaleur, et autant que possible le sein de leur mère, on ne permettra une nourrice que si l'enfant n'est certainement pas syphilitique ; la plupart des petits ictériques par infection étant des débiles, on leur appliquera le traitement de la débilité congénitale (voir ce mot).

Enfin il faut s'attacher à réaliser non pas une illusoire antisepsie de l'intestin, mais ce que nous appellerons son « eusepsie », c'est-à-dire une flore bactérienne favorable où prédominent les ferments lactiques. Pour y réussir, il est nécessaire de combattre les fermentations anormales, qui entraînent le plus souvent la production de selles fréquentes, liquides, vertes, à odeur fétide, accompagnées parfois de gaz abondants. Les lavages intestinaux permettent d'évacuer rapidement le contenu intestinal putride, il faut les faire avec une solution saline physiologique de chlorure de sodium à 7 p. 1.000, soit une cuillerée à café bien pleine de sel par litre d'eau. On emploie comme canule une sonde de Nélaton en caoutchouc souple, n° 18 ou 20.

La diète hydrique ou mieux à base de bouillon de légumes ne doit pas être continuée trop longtemps chez les nouveau-nés, surtout chez ceux qui sont nourris au sein, mais, employée pendant 24 heures ou mitigée par une tétée de lait sur deux, elle permet d'obtenir une amélioration rapide des selles.

Enfin l'introduction de ferments lactiques est réalisée de la façon la plus simple et la plus pratique à la fois par l'ingestion de fromage frais, dit petit suisse, donné à raison d'une ou deux cuillerées à café par 24 heures, délayé dans un peu de lait tiré du sein et absorbé ainsi au début d'une tétée.

3° *Ictères infectieux d'origine ombilicale.* — Le traitement consiste à lutter contre la septicémie, mais il est tout à fait illusoire, et la mort survient fatalement dans tous les cas.

Localement on peut tenter des pansements humides de l'ombilic enflammé, des pulvérisations, des onctions de collargol ; on peut y joindre les injections sous-cutanées de collargol, de sérum artificiel.

4° *Ictères par rétention.* — On leur appliquera le même traitement qu'aux ictères d'origine intestinale. Dans les cas de malformation congénitale la mort est inévitable et la

question d'une intervention chirurgicale ne se pose même pas.

IMPALUDISME ET GROSSESSE

L'action réciproque de ces deux états l'un sur l'autre peut se résumer en quelques mots : La grossesse aggrave l'impaludisme, l'impaludisme agit défavorablement sur la grossesse : voilà les faits aussi schématiques que possible.

Reprenons-les avec quelques détails : 1° l'action de la grossesse sur la malaria est fâcheuse ; loin de mettre à l'abri de cette maladie, on voit souvent dans un milieu infecté une femme jusque-là indemne présenter les accès fébriles caractéristiques au moment où elle est en état de gravidité.

Si la femme était antérieurement sujette à des accès bénins ou même indemne, on voit l'impaludisme revêtir au cours d'une grossesse une forme particulièrement sévère, pernicieuse même, ou présenter des complications anormales.

Pendant les suites de couches les accès fébriles peuvent continuer ou faire seulement à ce moment leur apparition faisant croire à tort à une infection puerpérale grave à forme septicémique.

2° L'action de l'impaludisme sur la grossesse et sur le fœtus est désastreuse ; l'avortement, l'accouchement prématuré, la mort du fœtus *in utero* en sont les conséquences fréquentes. Quand le fœtus naît viable, il peut être atteint d'impaludisme congénital ; l'hématozoaire a été trouvé dans le sang du cordon à la naissance.

On voit donc que l'impaludisme présente à considérer un certain nombre de problèmes de pratique fort importants, bien que l'étendue des zones infectées tende à décroître de jour en jour avec l'assainissement progressif des régions contaminées.

L'anamnèse a une importance assez considérable, il est

indispensable chez une femme enceinte fébrile de s'enquérir des régions qu'elle a habitées, de l'existence d'accès fébriles antérieurs à la grossesse. Ceci est nécessaire non seulement pendant la gestation, mais encore et surtout pendant la période des suites de couches.

On connaît le rythme très particulier des accès de fièvre palustre. Sans vouloir retracer ici l'histoire de cette affection, nous croyons utile de rappeler que les accès ont une tendance remarquable à la périodicité, revenant tous les jours (fièvre quotidienne), tous les deux jours (fièvre tierce), tous les trois jours (fièvre quarte), ou à intervalles plus éloignés. Il ne faut pas oublier cependant que la fièvre peut être rémittente ou même continue ; ces faits se rencontrent surtout dans les régions dans lesquelles le paludisme est endémique, l'attention est par conséquent en éveil.

L'accès fébrile survient presque toujours dans le premier nyctémère, de minuit à midi, caractère fort important qui manque aux accès septicémiques purs dont l'apparition a lieu habituellement l'après-midi. Trois symptômes cardinaux le caractérisent : un grand frisson avec sensation subjective de froid intense, auquel succèdent un stade dit de chaleur, puis une transpiration abondante.

Il faut savoir que la quinine peut modifier considérablement la physionomie habituelle des accès, on devra donc demander si ce médicament a été utilisé.

Le diagnostic est particulièrement épineux et indispensable tout à la fois pendant la période des suites de couches, la notion d'accès antérieur à l'accouchement prend ici une importance de premier ordre. Mais comme l'infection puerpérale peut se juxtaposer à l'infection malarienne, il faut procéder surtout par élimination en se basant sur la marche de l'accouchement, l'époque de la rupture des membranes, en un mot sur les chances d'infection ou de non-infection utérine, puis sur l'aspect des lochies, leur abondance, leur couleur, leur odeur, sur la sensibilité légère des cornes utérines, la mollesse pâteuse de l'utérus, son involution impar-

faite, tous signes d'infection utérine menaçante ou confirmée, enfin et surtout sur les caractères du pouls et de la température. L'examen attentif des différents organes s'impose. Dans le doute mieux vaut combattre une infection puerpérale inexistante que de la laisser se développer. Aussi convient-il de ne pas perdre de temps à essayer le traitement pierre de touche par la quinine ou en tout cas de mener de front la thérapeutique locale et le traitement médicamenteux.

Traitement. — On peut donner de la quinine sans inconvénients à une femme enceinte. On peut l'administrer dans certaines conditions à une femme qui allaite.

L'action vaso-constrictive et ocytocique, abortive en un mot, de la quinine est faible, elle nécessite des doses élevées, toxiques de médicament ou encore la mise en branle préalable des contractions utérines qu'elle renforce plutôt qu'elle ne les provoque. Aussi, en présence des dangers que l'infection malarienne fait courir à la grossesse, doit-on sans hésiter prescrire la médication spécifique qui, chez la femme enceinte, ne présente aucune particularité digne d'intérêt, nous ne pouvons donc que renvoyer le lecteur aux traités de thérapeutique médicale. L'autre question, la prescription de la quinine à une nourrice, rentre directement dans notre cadre.

La quinine passe dans le lait auquel elle communique un goût amer qui rebute le nourrisson, mais ce passage est très irrégulier, il a lieu environ trois heures après l'ingestion. Aussi quand on devra en faire prendre à la nourrice, le mieux est de la donner une heure environ avant la tétée. La quinine ne passe pas encore au moment où l'enfant prend son repas ; pour la tétée suivante, qui habituellement a lieu trois heures après, le lait contient certainement de la quinine, il faut alors prendre la précaution de vider les seins une heure avant cette tétée, on sera sûr ainsi que l'enfant n'absorbera qu'une quantité infime de quinine.

Par contre, si l'enfant est atteint de paludisme congénital et que le lait « quininé » ne semble pas lui répugner, on

pourra en profiter pour le traiter ainsi indirectement. S'il refuse le sein, il restera la ressource de lui faire des injections sous-cutanées de chlorhydro-sulfate de quinine, à raison de 10 à 20 centigrammes par jour :

Chlorhydro-sulfate de quinine.	2 grammes
Eau distillée stérilisée	20 —

Injecter 1 à 2 centimètres cubes de cette solution.

Nous croyons utile de rappeler que si l'on recherche l'albumine dans l'urine au moyen du réactif de Tanret, on déterminera chez la femme qui prend de la quinine un précipité plus ou moins abondant, mais qui disparaît par la chaleur ou l'addition d'alcool, ce que ne fait pas l'albumine.

IMPÉTIGO

L'impétigo est rarement une affection primitive, il est dû le plus souvent à une infection de lésions cutanées. On la rencontre assez fréquemment chez les nourrissons et particulièrement chez les débiles et chez ceux qui ont été élevés au biberon.

Une mauvaise direction dans l'alimentation est presque toujours à l'origine de cette affection cutanée ; il s'agit le plus souvent d'une suralimentation en quantité ou en qualité. L'eczéma du nourrisson en est le point de départ le plus habituel ; sous l'influence des démangeaisons, qui accompagnent cette affection cutanée, l'enfant se gratte et crée des portes d'entrées aux microorganismes de la peau, le staphylocoque spécialement. Il se produit alors de la suppuration en surface qui constitue en se desséchant de véritables croûtes. Cette infection locale peut se propager à distance et être même le point de départ d'une infection générale.

Traitement. — Le traitement ne doit pas être seulement local, il doit aussi être général et porter sur le régime.

L'alimentation devra être réglée et modifiée suivant les circonstances. En même temps on devra faire tomber les croûtes en appliquant soit des compresses trempées dans de l'eau bouillie, soit des cataplasmes de fécule de pomme de terre préparés en se servant de gaze stérilisée ou de tarlatane non empesée soumise à une ébullition de vingt minutes. Puis on pratiquera quatre lavages par jour avec de l'eau d'Alibour, coupée de trois quarts d'eau.

Dans l'intervalle des lavages on saupoudrera les régions malades avec :

Oxyde de zinc.	} ââ
Sous-nitrate de bismuth.	

Il faudra avoir la précaution d'épingler les manches aux vêtements pour éviter le grattage.

INERTIE UTÉRINE

L'inertie utérine est constituée par la perte non seulement de la contractilité, mais encore de la rétractilité de l'utérus, qui est alors comparable à un sac de toile mouillée ; c'est à peine si l'on le sent par le palper. Lorsque du sang s'accumule dans sa cavité, il se laisse distendre d'une façon pour ainsi dire indéfinie. C'est donc une véritable paralysie passagère de la fibre musculaire lisse.

L'inertie utérine peut dans une certaine mesure être prévue, quand on connaît les causes qui sont capables de la produire, causes que l'on peut ranger dans l'une des catégories suivantes : insuffisance fonctionnelle primitive du muscle utérin, longueur excessive du travail, intensité exagérée des contractions utérines, distension anormale et prolongée de l'utérus, intoxication (toxémie gravidique, chloroforme, oxyde de carbone, etc.).

Pratiquement c'est après l'accouchement, avant, pendant et après la délivrance que l'inertie utérine se manifeste avec ses redoutables conséquences.

Pendant l'accouchement il peut bien y avoir une contractilité insuffisante de l'utérus, mais la perte de la rétractilité, si elle existe à ce moment, ne peut se constater qu'au moment où l'utérus sera vidé de la partie la plus volumineuse de son contenu.

A ce moment au lieu de sentir la matrice sous la forme d'un globe de consistance ferme (globe de sûreté de Pinard), la main qui palpe ne perçoit qu'une masse à contours indistincts, rappelant plus ou moins un paquet de chiffons mouillés et atteignant ou dépassant l'ombilic.

En présence d'une telle constatation, il faut se garder à tout prix de tenter la moindre manœuvre d'extraction du placenta soit par expression, soit par traction sur le cordon.

Traitement. — A. *Avant et pendant la délivrance.*

1° Si la femme ne perd pas de sang, si elle a un pouls calme, régulier, il n'y a qu'à attendre, et, le plus souvent, après une période de repos plus ou moins longue, l'utérus reprend sa tonicité et la délivrance se fait régulièrement. Il faut éviter le massage de l'utérus qui peut décoller le placenta, mais il y a avantage à donner des injections vaginales à 48° qui provoquent les contractions utérines.

Intervenir plus tôt, c'est s'exposer à décoller le placenta, qui obture les sinus béants et empêche tout suintement sanguin, c'est ouvrir les écluses à l'hémorragie la plus redoutable, la plus violente qu'on puisse observer en pratique obstétricale. Si le placenta ne se décolle pas sous l'influence des manœuvres d'extraction, il entraîne avec lui la paroi inerte à laquelle il adhère, il l'invagine et produit l'inversion utérine avec toutes ses redoutables conséquences.

2° La femme présente des signes d'hémorragie, le sang coule à l'extérieur, parfois en très grande abondance, ou il s'accumule dans l'utérus en le distendant, le pouls s'accélère, atteint, puis dépasse 100, la face pâlit. On voit alors se dérouler le cortège habituel des hémorragies : lipothymies, bâillements, vertiges, troubles de la vue, bourdonnements d'oreille, agitation, soif d'air, sensation de mort prochaine.

Il faut dans ce cas, le plus rapidement possible, arrêter l'hémorragie et parer à la syncope. Si la malade saigne, c'est que le placenta est décollé.

Cependant il faut penser aux autres causes d'hémorragie après l'accouchement ; les déchirures du col ou du vagin, les ruptures de varices vulvaires peuvent saigner abondamment, il faut donc faire rapidement un diagnostic différentiel. Si l'utérus est relâché et mou, c'est lui qui est en cause, s'il est dur et bien contracté, le sang vient de plus bas.

Supposons qu'il vienne du corps utérin, il faut vider rapidement l'utérus de son contenu par introduction totale de la main (délivrance artificielle) dans la matrice ; le contenu c'est le placenta et une plus ou moins grande quantité de caillots. Il est nécessaire que la cavité soit entièrement et rapidement vidée. La main doit rester dans cette cavité, servir de guide à une injection utérine à 48° (la limite de ce que l'on peut supporter sans se brûler) et masser intérieurement l'utérus, pour n'en sortir que quand elle le sentira se rétracter de toute part sur elle. L'autre main pratique un massage extérieur de l'organe et au besoin le comprime sur la main intérieure.

Presque simultanément la malade a été couchée horizontalement ; on peut, si c'est nécessaire, faire placer des briques, des livres ou des cales quelconques sous les pieds du lit, des aides improvisés ou non font suivant les cas des injections d'ergotine (1 à 4 grammes), d'huile camphrée, d'éther, de sérum artificiel ou se contentent de faire respirer du vinaigre ou des sels anglais. Il faut toujours exécuter la compression de l'aorte abdominale qui permet de gagner du temps, d'abandonner un instant l'utérus, par exemple pour procéder à une injection intra-veineuse de sérum. Pour cette compression la main de l'aide est mise en place par la main libre de l'opérateur, une fois posée elle ne doit plus bouger jusqu'à nouvel ordre, on s'assurera en palpant les fémorales que le pouls est supprimé.

Quand on le peut, il est bon de pratiquer un tamponne-

ment serré de la cavité utérine, mais seulement quand la contractilité commencera à se réveiller ; jusque-là ce sont les injections chaudes et le massage intus et extra qui doivent être mis en œuvre, la gaze stérilisée ou antiseptique en longues mèches de plusieurs mètres de long est ce qui convient le mieux pour le tamponnement. On a tout à fait renoncé aux tampons en queue de cerf-volant d'autrefois.

Quand l'utérus est bien rempli, on fait un tamponnement vaginal qui sert surtout à maintenir le premier.

B. *Inertie après la délivrance.* — Les chances d'inertie diminuent à mesure que le temps s'écoule, deux heures après l'expulsion du placenta, l'inertie utérine est exceptionnelle.

Après la délivrance la femme doit avoir la tête basse, l'accoucheur palpera fréquemment l'utérus, s'assurera de sa consistance et de son volume, surveillera le facies de l'accouchée, prendra fréquemment le pouls, examinera le pansement vulvaire, si la femme accuse une sensation d'écoulement. La vessie doit être vidée et au besoin sondée, si elle ne l'a pas été avant la délivrance.

Malgré un utérus ferme et globuleux du sang peut cependant s'accumuler en quantité notable dans le segment inférieur sans s'écouler au dehors, il peut en résulter des signes inquiétants d'hémorragie interne. Il y a souvent alors des coliques utérines plus ou moins violentes.

Dans l'inertie utérine après la délivrance les indications thérapeutiques sont identiques ; bien que le délivre ne soit plus dans l'utérus, il faut cependant introduire la main dans cet organe pour le vider complètement des caillots qu'il renferme. Tout caillot retenu dans la cavité utérine crée un appel à l'hémorragie, c'est pour cette raison que quelques accoucheurs proscrivent l'ergotine qu'ils accusent de favoriser cette rétention. Nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de renoncer à ce précieux agent, dont l'action sur la fibre utérine est incontestable, mais, bien entendu, il ne faut l'employer que lorsque l'utérus est complètement vide. On peut

même en faire usage pour prévenir l'inertie après la délivrance, quand les circonstances obligent impérieusement le médecin à quitter prématurément sa cliente, mais c'est là une conduite d'exception qu'il faut se garder de généraliser.

Après l'évacuation de l'utérus et l'injection d'ergotine, c'est toujours au massage et à l'injection chaude qu'on s'adressera pour réveiller la rétractilité du muscle. Le tamponnement ne sera pratiqué qu'après avoir obtenu cette rétractilité. Nous n'insistons pas sur la thérapeutique générale de l'état hémorragique, dont nous avons suffisamment parlé et que l'on trouve exposée à l'article HÉMORRAGIE.

C. Enfin on a signalé l'inertie utérine pendant les suites de couches pour expliquer l'inversion utérine spontanée que l'on peut observer pendant cette période. L'extrême rareté de cette complication nous dispensera d'insister davantage sur ce point.

Nous ne saurions trop répéter en manière de conclusion les points suivants :

1° Il faut savoir prévoir et, dans une certaine mesure, prévenir l'inertie en observant et en traitant rationnellement les cas dystociques qui peuvent se présenter.

2° Il faut s'abstenir de toute manœuvre intempestive pendant la période de délivrance et en particulier de toute *extraction hâtive* du placenta.

3° Il ne faut jamais quitter une accouchée dans les deux heures qui suivent la délivrance à moins qu'on ne laisse auprès d'elle une garde expérimentée.

INFECTION AMNIOTIQUE

Le liquide contenu dans la cavité de l'œuf reste habituellement stérile, car il est protégé à la fois par les membranes ovulaires et par le bouchon muqueux du col. Lorsqu'il vient à s'infecter, c'est qu'il existe au niveau du sac mem-

braneux une solution de continuité, *rupture prématurée spontanée* ou *rupture prématurée artificielle* des membranes.

La rupture prématurée spontanée ne siège pas toujours au niveau du pôle inférieur de l'œuf; elle se produit parfois en un point plus élevé dans la zone moyenne et même supérieure, comme on peut le constater en reconstituant l'œuf membraneux après la délivrance.

Dans tous les cas *d'hydrorrhée amniotique* la pathogénie de l'infection est facile à expliquer : le liquide amniotique est un excellent milieu de culture et l'ascension des nombreux microorganismes du vagin est facilitée par la disparition du bouchon muqueux du col. Toutes les conditions se trouvent alors réunies pour permettre leur développement rapide et pour augmenter leur virulence : air, chaleur, humidité. Nous laissons de côté pour le moment l'infection de l'œuf lorsque le fœtus est mort, car il se produit dans ces circonstances de la putréfaction fœtale avec physométrie. Nous limitons cette étude à l'infection survenant dans un œuf dont l'enfant est vivant.

Il est plus difficile d'expliquer la pathogénie de l'infection amniotique lorsque les membranes sont intactes; quoique rare, cette variété d'infection existe et mérite d'être connue.

Les membranes ne constituent un barrage imperméable qu'à la condition que leur constitution soit normale et que leurs rapports réciproques ne soient pas modifiés. En dehors des cas pathologiques, endométrite, hémorragies par décollement du placenta inséré sur le segment inférieur, etc., il existe toujours pendant le travail une dissociation des membranes, le chorion abandonne la totalité ou une partie seulement de la caduque dans toute la zone correspondant au segment inférieur afin de constituer la poche des eaux.

Parfois même le chorion se rompt seul après formation d'une poche amnio-choriale et il ne reste comme enveloppe au liquide amniotique que l'amnios, dont la perméabilité a été reconnue expérimentalement. Des microorganismes

peuvent donc traverser cette membrane et infecter le contenu liquide de l'œuf.

Les signes qui caractérisent l'infection amniotique sont, au premier rang, l'odeur et l'aspect du liquide amniotique. Celui-ci est plus ou moins fétide suivant le degré de l'infection et la variété microbienne; on sait en effet que certains microbes et en particulier les anaérobies donnent naissance à des produits fétides. Cette odeur n'est pas, comme dans la putréfaction fœtale, perceptible à distance ; elle n'est révélée que par le toucher digital ou, au moment de l'accouchement, par la fétidité qui émane de l'enfant. Le liquide est ordinairement sirupeux, il a parfois même la consistance d'une purée épaisse, sa couleur est verdâtre ou noirâtre. Le fœtus, à sa sortie des organes génitaux, est recouvert d'un enduit de même coloration qui dégage une odeur plus ou moins fétide.

Cette variété d'infection amniotique ne s'accompagne pas toujours d'infection générale immédiate ; bien souvent on constate une température normale et un pouls ayant son rythme habituel. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, la température monte parfois à 39° et le pouls s'accélère pour atteindre 120, quelquefois même de petits frissons apparaissent. Ces accidents fébriles, qui cessent fréquemment avec l'évacuation utérine, peuvent cependant persister et même s'aggraver après l'accouchement.

Du côté du fœtus les dangers sont plus grands ; si le travail traîne en longueur, les battements cardiaques s'accélèrent d'abord, puis ils se ralentissent ou s'affaiblissent.

Lorsque la mort de l'enfant survient avant son expulsion, la putréfaction fœtale éclate presque toujours et, fait important, dans un espace de temps extrêmement court. Quelques heures suffisent pour voir apparaître le ballonnement abdominal dû à la physométrie et cette odeur pénétrante de putréfaction cadavérique, qui se dégage dans la pièce occupée par la parturiente et qui imprègne tous les linges et objets en contact avec le liquide sanieux et irritant s'écoulant des organes génitaux.

L'enfant peut naître vivant, mais il est exposé, dans les jours qui suivent sa naissance, à de nombreuses complications infectieuses, qui se localisent de préférence sur le tube digestif ou sur les voies respiratoires.

D'autres organes peuvent cependant être le siège des accidents infectieux : peau, tissu cellulaire sous-cutané, yeux, etc.

L'infection amniotique a bien souvent une influence fâcheuse sur les suites de couches, elle est le point de départ des accidents infectieux dits puerpéraux. Ceux-ci revêtent alors de préférence la forme généralisée, véritable septicémie ; on rencontre aussi des manifestations locales du côté de l'utérus, des annexes ou du péritoine.

Traitement. — Dans tous les cas de rupture prématurée ou précoce des membranes, il faut pendant le travail exagérer les précautions antiseptiques, savonnage des organes génitaux externes, injections vaginales, pansements occlusifs vulvaires avec du coton stérilisé, et s'abstenir le plus possible de pratiquer le toucher vaginal. A moins d'indications absolues, il est bon de laisser l'accouchement se terminer spontanément. Enfin, si la rupture des membranes a précédé de plusieurs jours le début du travail, il est prudent de faire aussitôt après l'accouchement une injection sous-cutanée de 40 à 60 centimètres cubes de sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur. Voilà pour le traitement prophylactique.

L'infection amniotique existe-t-elle, les mêmes précautions antiseptiques doivent être prises pendant le travail. Si la température s'élève et si la dilatation du col est lente, il y a avantage à accélérer le travail en introduisant dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes. Aussitôt après l'expulsion ou l'extraction de fœtus, on pratiquera une large irrigation de la cavité ovulaire avec la solution iodée suivante :

Teinture d'iode.	10 grammes.
Iodure de potassium.	2 —

pour un litre d'eau bouillie.

On fera passer 4 à 6 litres de cette solution dans l'intérieur de l'œuf.

Après la délivrance on pratiquera un nouveau lavage intra-utérin en employant la solution iodée précédente étendue de deux fois son volume d'eau et on injectera 40 centimètres cubes de sérum anti-streptococcique dans le tissu cellulaire sous-cutané le premier jour et 20 centimètres cubes les quatre jours suivants.

L'enfant sera l'objet de soins tout spéciaux : les yeux seront lavés dès son expulsion et recevront quelques gouttes du collyre au nitrate d'argent classique :

Nitrate d'argent.	0 gr. 10
Eau distillée.	10 gr. »

Le corps tout entier sera savonné, de préférence avec un savon antiseptique, aniodol, lusoforme, lavé à plusieurs eaux, puis frictionné avec une solution formolée :

Formol.	5 grammes.
Alcool.	ââ 50 —
Glycérine.	ââ 50 —

Les cavités naturelles, nez, oreilles, bouche, seront nettoyées avec une solution d'oxycyanure de mercure à 1 p. 1.000.

Le cordon sera badigeonné à la teinture d'iode étendue de son volume d'alcool non seulement au niveau de la tranche de section, mais encore sur toute sa périphérie jusqu'au niveau du bourrelet cutané. Le cordon sera ensuite entouré de gaze stérilisée. Dès que le sillon d'élimination commencera à se creuser, on touchera tous les jours ce sillon avec la même solution iodée, et, à la chute du cordon, on agira de même au niveau de la plaie ombilicale.

L'enfant sera saupoudré de la poudre suivante :

Poudre de talc stérilisé.	100 grammes.
Poudre d'aniodol.	20 —

et le linge de corps sera changé tous les jours; on emploiera

de préférence, chaque fois que cela sera possible, du linge stérilisé.

INFECTIONS OBSTÉTRICALES DU NOUVEAU-NÉ

Par infection obstétricale du nouveau-né il faut entendre une infection ayant eu comme point de départ l'accouchement proprement dit. Elle diffère par conséquent de l'infection congénitale dans laquelle l'enfant est contagionné par sa mère antérieurement à l'accouchement, les accidents dans ce cas peuvent exister au moment de la naissance ou apparaître seulement dans les jours suivants, s'il était en période d'incubation lorsque le travail s'est déclaré. La variole de la mère par exemple peut déterminer chez le fœtus une éruption pustuleuse existant à la naissance ou survenant dans les jours qui suivent, c'est là une affection congénitale. Une broncho-pneumonie éclatant dans les premiers jours de la vie d'un enfant, qui a séjourné dans du liquide amniotique infecté, constitue une infection obstétricale; il en est de même de l'opthalmie purulente déterminée par la pénétration du gonocoque dans les yeux de l'enfant au moment de la traversée vagino-vulvaire, lorsqu'il existe de la vaginite, de la vulvite, de la bartholinite gonococcique. Nombreuses sont les localisations de l'infection, aussi les manifestations pathologiques sont-elles variées ; parfois même plusieurs apparaissent en même temps. Elles sont dues tantôt au même micro-organisme qui se fixe sur plusieurs organes ou appareils, tantôt à des germes différents.

On peut diviser ces infections en infections localisées et en infections généralisées. Les premières sont les plus fréquentes, elles sont dues à des ensemencements directs, les microbes créent des lésions aux points où ils se localisent, et déterminent des formes cliniques différentes. Les secondes, au contraire, sont plus rares, les micro-organismes ont pénétré dans le torrent circulatoire et donnent naissance à la forme septicémique ou pyohémique.

Les régions fœtales les plus exposées aux éléments septiques ne sont pas les plus fréquemment atteintes ; les téguments externes, en effet, par leur configuration et leur situation sont plus faciles à nettoyer et à désinfecter aussitôt après la naissance et pendant les jours qui suivent. Il n'en est pas de même des cavités naturelles qui se continuent avec des conduits plus ou moins longs, les produits septiques ont déjà pu pénétrer profondément et être hors d'atteinte au moment des soins de propreté donnés au nouveau-né. Les cavités buccale et nasale sont les plus exposées, d'autant plus que dans les cas d'infection d'amniotique, la plus fréquente des causes d'infection obstétricale, le fœtus est exposé à souffrir au cours d'un travail long et à faire des mouvements d'inspiration prématurée.

Le liquide septique introduit dans la bouche et le nez pénètre secondairement dans le tube digestif et dans les voies respiratoires et donne naissance à des infections, qui se manifesteront dans les jours qui suivent la naissance.

Les infections de l'appareil digestif se présentent soit sous la forme gastro-intestinale, vomissements, intolérance gastrique, diarrhée, hémorragies intestinales, soit sous la forme hépatique, ictère catarrhal ou ictère grave. L'état général est plus ou moins touché suivant le degré d'infection, suivant la variété microbienne et suivant la résistance du sujet, aussi constate-t-on tantôt de l'hyperthermie, tantôt de l'hypothermie.

Les infections des voies respiratoires sont également très graves, lorsqu'elles ont envahi le poumon, car elles y produisent des broncho-pneumonies souvent mortelles et rapidement mortelles. Ces broncho-pneumonies du nouveau-né ont une allure spéciale, elles se manifestent beaucoup plus par des modifications dans l'état général, abattement, facies pâle, aspect cachectique, accès de cyanose, refus de téter, hyperthermie ou hypothermie, que par des signes locaux qui sont plutôt rares.

Nous signalerons comme autre localisation respiratoire le coryza et la bronchite, dont le pronostic est moins grave.

Les *localisations infectieuses externes* sont les infections ombilicales, les infections cutanées et sous-cutanées et les infections oculaires.

Les *infections ombilicales* se traduisent soit par de la suppuration du cordon, soit par de la périomphalite, soit même par de la phlébite de la veine ombilicale. Nous avons du reste étudié toutes ces affections avec détail dans un article consacré aux *infections de l'ombilic*.

Les infections *cutanées* se présentent sous des formes variées : plaques érythémateuses, abcès miliaires sous-épidermiques, abcès sous-dermiques, furoncles multiples. La friabilité de la peau, les fissures épidermiques se produisant dans les jours qui suivent la naissance créent des portes d'entrée aux micro-organismes répandus à la surface des téguments externes.

Les *infections oculaires* se manifestent sous forme d'ophtalmie primitive, qui a tous les caractères de la conjonctivite gonoccocique, mais elle s'en distingue par son apparition plus précoce.

L'infection amniotique n'est pas seule capable d'engendrer les infections obstétricales. Il n'est pas rare de constater après des accouchements spontanés ou terminés instrumentalement des plaies au niveau du visage (application de forceps, présentation de la face) ; ces plaies peuvent s'infecter dans les jours qui suivent la naissance, si elles n'ont pas été traitées aseptiquement.

La région ombilicale est également un siège d'infection au cours ou à la suite de la chute du cordon ; un grand nombre de complications infectieuses peuvent survenir à ce niveau : omphalite, péri-omphalite, érysipèle, etc. Nous les avons étudiées dans un article spécial auquel nous renvoyons le lecteur.

Traitement. — Nous n'envisagerons au point de vue thérapeutique que les précautions prophylactiques à pren-

dre et les soins d'ordre général, car chaque localisation réclame un traitement qui lui est propre et qui n'est pas particulièrement spécial au très jeune âge du malade.

Dès l'expulsion du fœtus les régions oculaires seront savonnées avec un tampon de coton hydrophile, puis on instillera entre chaque paupière quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100. La cavité buccale sera débarrassée des mucosités septiques qui l'encombrent à l'aide d'un morceau de gaze stérilisée enroulée autour du doigt ; l'arrière-gorge sera désobstruée par aspirations, on se servira pour cela du tube à insufflation de Ribemont-Dessaignes qu'on promènera dans toutes les portions du pharynx buccal.

En agissant vite on évitera que l'enfant ne fasse pénétrer plus profondément dès ses premières inspirations les liquides septiques avalés pendant l'accouchement.

Au moment de la toilette du nouveau-né, on n'emploiera de préférence que de l'eau bouillie, le corps tout entier sera d'abord enduit de vaseline stérilisée, puis savonné avec un morceau de savon de Marseille, enfin lavé à plusieurs eaux. Le nettoyage terminé, on pratiquera une nouvelle toilette du visage, du cuir chevelu, des cavités naturelles, fosses nasales, oreilles, des régions génitale et péri-anale. On terminera par une friction méthodique du corps et particulièrement des plis de flexion avec la mixture suivante :

Formol	5 grammes.	
Alcool	} *ãã* 50	—
Glycérine		

et, après assèchement au coton hydrophile, on le saupoudrera avec de la poudre de talc stérilisé.

Le cordon sera badigeonné d'une légère couche de teinture d'iode, et les jours suivants on touchera avec le même liquide le sillon qui se creuse au niveau de l'attache du cordon.

Lorsque l'enfant présente à sa naissance des plaies, comme on en rencontre dans certaines présentations, face et parfois

siège, ou après une extraction à l'aide de forceps, on les panse aseptiquement. S'il survient des accidents infectieux à leur niveau dans les jours qui suivent la naissance, on les traite par des pansements humides, puis par des pansements secs.

INFECTION PUERPÉRALE

Bien que conservant ce titre général consacré par l'usage, nous tenons dès le début de cet article à affirmer que l'infection puerpérale considérée comme entité morbide n'existe pas. La clinique, aidée de la bactériologie, a démontré depuis longtemps déjà que les accidents infectieux constatés après l'accouchement étaient de cause et de nature souvent bien différentes. Il est donc impossible de tracer une ligne de conduite thérapeutique unique, chaque manifestation réclamant un traitement qui lui est propre.

Pour rester fidèle à l'esprit pratique de ce livre, nous n'exposerons pas les multiples procédés tour à tour préconisés et décrits dans les traités d'obstétrique. Nous envisagerons au contraire les cas qui se rencontrent le plus souvent dans la pratique, et, à propos de chacun d'eux, nous décrirons la thérapeutique que nous conseillons de mettre en œuvre.

Les élévations de température, qui se produisent pendant les suites de couches, peuvent tenir à une affection indépendante de la puerpéralité ; tantôt il s'agit d'une maladie aiguë ou chronique antérieure à l'accouchement, tantôt c'est une affection qui apparaît au cours du post-partum, mais qui n'a avec celui-ci aucune relation de cause à effet, nous les laisserons donc de côté. Si le plus souvent elles ont leur origine dans la puerpéralité, elles n'ont cependant pas toujours un point de départ génital ; dans les jours qui suivent l'accouchement il n'est pas rare en effet de voir survenir des poussées fébriles de source intestinale, on est alors en présence d'une rétention fécale due à de la parésie de l'intestin. Cet organe est plus ou moins traumatisé pendant le

travail, car à chaque contraction il se trouve comprimé entre le globe utérin contracté et par cela même résistant d'une part et les muscles de l'effort, diaphragme et sangle abdominale d'autre part. La glande mammaire est également le siège de différentes variétés d'infections venant compliquer l'allaitement. Nous laisserons de côté ces manifestations infectieuses ayant des rapports certains avec les suites de couches et nous nous limiterons aux *accidents d'origine génitale*.

Au point de vue pratique, il est nécessaire de distinguer deux cas : ou bien ces accidents apparaissent chez une femme qui a été accouchée par nous, ou bien nous sommes appelés pendant le post-partum auprès d'une malade, dont l'accouchement a été pratiqué par une autre personne, médecin, sage-femme, quelquefois même matrone.

Dans le premier cas nous aurons entre les mains des renseignements de première importance sur l'état génital antérieur à l'accouchement et surtout sur la façon dont s'est effectuée la délivrance.

Nous aurons constaté au cours de l'examen de l'arrière-faix que celui-ci était incomplet et qu'il y a eu parfois rétention de tissu placentaire, plus souvent rétention de membranes, ou bien, sans avoir de certitude absolue, il nous est permis de conserver un doute sur l'état de la délivrance, si le placenta a été extrait morcelé ou si les membranes étaient dissociées et déchirées.

Dans le cas au contraire où l'accouchement n'a pas été effectué par nous et où nous sommes appelés pour des accidents fébriles apparus dans les premiers jours des suites de couches, nous devrons presque toujours, pour ne pas dire toujours, quels que soient les renseignements fournis, nous supposer en présence d'une femme dont la délivrance a été incomplète et nous comporter suivant cette indication. C'est la conduite que nous avons adoptée dans plusieurs circonstances semblables, nous nous en sommes toujours bien trouvés.

Dans toutes les interventions pratiquées chez une femme infectée, l'usage de gants de caoutchouc est obligatoire.

I. — *Élévation de température* (38° *et au-dessus*) *dans les premiers jours du post-partum, la délivrance était complète.*

En présence de cette élévation thermique survenant vers le troisième jour chez une femme, dont la température avait été normale jusque-là et dont l'intestin ne peut être mis en cause, nous devons faire un examen minutieux de toutes les voies génitales. Bien souvent, en effet, cette manifestation de l'infection accompagnée d'une fréquence plus grande des pulsations, d'une céphalalgie plus ou moins intense, peut ne pas avoir son point de départ dans le corps utérin, mais dans les régions sous-jacentes, col, vagin, vulve.

La douleur abdominale n'est pas toujours un signe d'infection utérine, on la rencontre également dans certaines plaies cervicales ou vaginales compliquées de lymphangite. Les vaisseaux lymphatiques du col et ceux de la partie supérieure du vagin vont en effet aboutir aux ganglions situés à la bifurcation de l'artère iliaque primitive, et le groupe moyen des lymphatiques du vagin se jettent dans les ganglions latéraux de l'excavation.

Palpez donc avec soin, avec méthode et avec beaucoup de douceur la totalité de la surface abordable de l'utérus, ou bien vous ne réveillerez en aucun point de la douleur et il n'est pas en cause, surtout s'il est déjà en voie de rétraction, ou bien votre palper déterminera de la douleur au niveau du fond et plus particulièrement au niveau des cornes, il y a alors beaucoup de chances pour qu'il soit le point de départ des accidents qui vous préoccupent.

Même dans ce cas, cependant, l'utérus peut n'être pas le seul coupable et vous avez le devoir de vous livrer à la même exploration génitale que s'il n'était pas en cause.

Cet examen sera toujours méthodique. Après avoir stéri-

lisé deux larges valves ou un spéculum à articulations latérales, genre spéculum de Collin, et une ou deux pinces à pansement utérin soit par le flambage, soit de préférence par une ébullition prolongée et vous être munis de teinture d'iode ou d'eau oxygénée pure, vous mettez la femme en position obstétricale, les membres inférieurs hors du lit, tenus par deux aides ou prenant point d'appui sur deux chaises, et les organes génitaux bien éclairés.

Vous passez d'abord en revue le périnée, la vulve et l'orifice vulvaire, puis vous placez les valves ou le spéculum pour constater l'état de tout le conduit vaginal. Vous terminerez cet examen par le col. Ces différents organes sont fréquemment le siège de solutions de continuité déterminées par le traumatisme obstétrical : fissures, déchirures, lambeaux sphacélés, eschares détachées ; ces plaies se rencontrent aussi bien après une expulsion normale qu'après un accouchement terminé au moyen d'une intervention. Elles s'infectent d'autant plus facilement qu'elles sont plus voisines des téguments externes, surtout si l'on n'a pas pris, pendant le travail et pendant les suites de couches, toutes les précautions antiseptiques habituelles. Elles se présentent alors sous un des aspects suivants : tantôt elles donnent naissance à une sécrétion purulente, tantôt elles sont couvertes par une épaisse fausse membrane, véritable couenne blanchâtre ou grisâtre qu'il est très difficile de détacher.

Dès que vous aurez fait ces constatations, vous devrez, après une injection vaginale antiseptique, sublimé à 1 p. 4.000, eau oxygénée chirurgicale coupée de son volume d'eau, aniodol, lusoforme, etc., pratiquer un attouchement de toutes les plaies avec un tampon de gaze ou de coton hydrophile imbibé soit de teinture d'iode, soit d'eau oxygénée pure. Vous placerez ensuite entre les lèvres du col, si les lésions sont cervicales, dans le canal vaginal, si elles siègent sur les parois du vagin, entre les petites et les grandes lèvres, si elles sont vulvaires, une lanière ou une compresse de gaze antiseptique pour éviter les inoculations par contact.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé que le cas où le point de départ de l'infection est extra-utérin ; voyons maintenant celui où l'utérus est également en cause ; je ne dis pas seul en cause, car le plus souvent les voies génitales que nous venons de passer en revue sont en même temps le siège de plaies infectées. Il serait difficile qu'il en fût autrement, puisqu'il s'écoule de l'utérus des lochies septiques qui trouvent au niveau des solutions de continuité cervicale, vaginale ou vulvaire des portes d'entrée toutes préparées pour le développement des micro-organismes.

Quelle devra donc être notre conduite en présence d'une infection de cette nature : température, 38 *à* 39° ; *pouls*, 90 *à* 110 ; *utérus douloureux*, *lochies fétides ?*

1° Nous ferons d'abord une toilette savonneuse de tous les organes génitaux externes et des parties voisines.

2° Nous donnerons une injection vaginale avec un des liquides antiseptiques cités plus haut, en évitant le permanganate qui modifierait l'aspect des tissus.

3° Nous pratiquerons l'examen ascendant des organes génitaux de la vulve au col de l'utérus en suivant la technique décrite dans le paragraphe précédent et nous traiterons toutes les plaies que nous rencontrerons. S'il existe de la suppuration au niveau d'une déchirure périnéale réparée, il faudrait enlever les points de suture et panser la plaie.

4° Après avoir nettoyé avec soin tout le canal cervical au moyen d'un tampon monté, imbibé d'eau oxygénée, de glycérine créosotée à 1 p. 3, ou de préférence de teinture d'iode, nous ferons une injection intra-utérine en nous servant d'une canule spéciale à double courant et d'une solution chaude de permanganate de potasse à 1 p. 2.000, d'eau oxygénée coupée de deux fois son volume d'eau, ou d'une solution formolée à 1 p. 1.000. La quantité de liquide qu'on fera passer dans l'utérus sera de 6 à 10 litres, aussi devra-t-il être préparé d'avance dans un broc flambé.

Pendant toute la durée du lavage intra-utérin, l'opérateur devra maintenir sa main libre sur le fond de l'utérus pour

ne pas laisser celui-ci se distendre, et la patiente devra être bien couverte pour éviter les refroidissements. L'opération terminée, la femme sera recouchée dans son lit, entourée de boules d'eau chaude, et on lui donnera à boire un grog chaud. La famille est avertie qu'un grand frisson peut survenir dans les heures suivantes.

Nous insistons beaucoup sur la nécessité de pratiquer l'injection intra-utérine en se servant du spéculum à articulation latérale, pour que la canule puisse pénétrer directement dans l'utérus sans avoir touché aux parois du vagin, et sur la nécessité de faire un nettoyage sérieux de tout le canal cervical avant que la sonde intra-utérine le franchisse. Grâce à ces précautions, un lavage utérin ne peut jamais être dangereux ; il faut donc abandonner la technique classique dans laquelle la sonde en glissant dans le vagin, puis dans le col, entraîne fatalement dans la cavité utérine et y ensemence des micro-organismes qui pouvaient ne pas y exister.

3° Les soins postérieurs consisteront à prescrire quatre injections vaginales antiseptiques et chaudes, 45 à 48°, dans les 24 heures, des toilettes vulvaires fréquentes et un grand lavement chaque matin, lavement précédé au besoin d'un laxatif pris la veille.

Trois cas se présentent : le lendemain la température et le pouls sont normaux, on continue alors les injections vaginales, deux à trois dans les 24 heures ; ou bien la température baisse, mais elle reste encore au-dessus de la normale, il faut faire une nouvelle injection intra-utérine, qui sera précédée d'un traitement des plaies vulvo-vaginales s'il en existe, et continuer les injections vaginales fréquentes ; ou bien la température s'élève le lendemain, le pouls est plus fréquent, l'infection progresse, nous rentrons alors dans le cas suivant, surtout si le premier lavage intra-utérin a ramené des débris plus ou moins mortifiés.

II. — *Élévation de température (38° et au-dessus) dans les premiers jours du post-partum, délivrance incomplète (rétention de cotylédons ou de membranes), ou état de l'arrière-faix ignoré.*

Dans ces différentes circonstances une intervention intra-utérine plus radicale est indiquée, c'est au curettage suivi d'écouvillonnage qu'il faut s'adresser.

Nous ne voulons pas décrire tout au long la technique de cette opération, nous croyons cependant utile de donner certains conseils auxquels nous attachons une grande importance.

La curette sera large et peu coupante, l'opération pratiquée de préférence sous anesthésie sera toujours précédée non seulement d'une large irrigation vaginale, mais encore d'un nettoyage de toutes les plaies infectées de la vulve, du vagin et du col, grattage et attouchements à la teinture d'iode, et d'un lavage intra-utérin. La curette devra méthodiquement gratter toutes les portions de l'utérus sans rechercher le cri utérin ; une face ne sera abandonnée qu'après s'être rendu compte qu'il ne reste plus rien à son niveau, les cornes utérines et le fond seront nettoyés isolément avec une curette plus étroite et légèrement courbée.

Le curettage proprement dit sera suivi d'une irrigation avec un liquide antiseptique chaud et non toxique, puis d'un écouvillonnage au moyen d'écouvillons en crins.

Plusieurs écouvillons sont nécessaires, le dernier ne doit plus ramener de débris. A ce moment on introduit un nouvel écouvillon trempé soit dans de la teinture d'iode, soit dans de la glycérine créosotée à 1 p. 5 ; en même temps qu'on fait cette application dans la cavité utérine, il est prudent de pratiquer une injection vaginale pour éviter le contact du liquide plus ou moins caustique avec les muqueuses du vagin et de la vulve ; on ne cessera l'irrigation qu'après la sortie de l'écouvillon.

Pour terminer on introduit dans la cavité de l'utérus une mèche de gaze antiseptique qui restera à demeure pendant 12 à 24 heures.

Dans certains cas rares, il est vrai, on s'est rendu compte que le curettage était incomplet, l'état de mollesse de l'utérus n'ayant pas permis d'appuyer suffisamment, aussi est-il possible qu'une nouvelle intervention soit nécessaire quelques jours plus tard.

Le traitement local postérieur consistera d'abord à faire des lavages vulvaires et à veiller au bon fonctionnement de la vessie et de l'intestin, puis après l'extraction de la mèche (au bout de 12 à 24 heures) à pratiquer une large irrigation vaginale, qui sera suivie d'autres semblables toutes les quatre heures. Quant au traitement général, nous nous réservons de l'étudier dans un chapitre spécial afin d'éviter des répétitions.

Si nous n'avons pas parlé du drainage en dehors de celui constitué par la mèche introduite après le curettage, c'est que ses indications sont fort restreintes. Le drain en caoutchouc, en porcelaine ou en métal n'est utile que dans les cas de flexion du corps utérin sur le col, flexion qui entrave l'écoulement normal des lochies et qui fait de l'utérus une véritable cavité close avec tous ses dangers.

Comme dans le paragraphe précédent, nous devons envisager la marche de l'infection après l'intervention intra-utérine : ou la température s'abaisse progressivement bien qu'elle ait pu monter très haut, 39°, 40° et plus, après le curettage, ou elle reste stationnaire, ou elle s'élève encore, le pouls devenant plus rapide et l'état général s'aggravant.

III. — *La température s'élève, le pouls devient plus rapide, l'état s'aggrave. — Traitement général.*

Lorsque l'affection suit cette évolution, c'est que l'infection n'était pas uniquement localisée à la muqueuse utérine. Il s'agit alors soit d'une infection qui se propage aux ré-

gions avoisinantes, muscle utérin, paramétrium, péritoine, trompes, soit d'une infection, qui était d'emblée généralisée ou qui se généralise.

Contre les complications locales nous lutterons par l'application d'une ou de plusieurs vessies de glace, qui seront maintenues à demeure sur la paroi abdominale, et par des injections vaginales chaudes (48 à 50°) ; dans certains cas, écoulement utérin fétide, les lavages intra-utérins doivent être continués.

Quant au traitement général, il consistera à soutenir l'organisme pour lui permettre de supporter les différentes manifestations de l'infection.

La malade sera alimentée, lait, bouillon, gelée de viande, œufs, crèmes, stimulée par des boissons alcoolisées ou toniques, grogs, champagne, café. On pourra également lui faire prendre toutes les deux heures une cuillerée à potage de la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque.	5	grammes.
Teinture de cannelle.	5	—
Extrait de quinquina.	5	—
Rhum vieux.	30	—
Julep gommeux.	120	—

On lui injectera tous les jours de 250 à 500 grammes de sérum artificiel, on surveillera attentivement le bon fonctionnement des émonctoires, on luttera contre la constipation en lui faisant prendre tous les deux jours dans un peu de lait un des paquets qui suivent :

Calomel	0 gr. 30
Lactose	1 gramme

et en donnant chaque matin un grand lavement de 1 à 2 litres de liquide.

Les urines éliminées dans les 24 heures seront recueillies, et, si leur quantité est insuffisante (moins de 1.250 grammes), on provoquera la diurèse par l'adjonction au lait de lactose, une cuillerée à potage par tasse de lait, et par l'ingestion de

tisanes chaudes, chiendent nitré, urva ursi, additionnées également de lactose.

En présence de certains accidents, des injections sous-cutanées d'huile camphrée, de caféine, d'éther, peuvent être nécessaires, mais cette thérapeutique n'est pas spéciale à l'infection.

Dans les formes graves, il ne faudra pas hésiter à recourir aux injections intra-veineuses de collargol, plus actives que l'administration par la voie cutanée, sous-cutanée ou stomacale. Pour cela on injectera de 3 à 5 centimètres cubes de la solution suivante :

Argent colloïdal électrique.	1 gramme
Sérum artificiel.	100 grammes

ou de préférence d'une préparation spécialisée.

Ces injections pourront être répétées deux ou trois fois à une journée d'intervalle.

Quant à la sérothérapie générale, sérums anti-streptococciques, ou locale, sérum leucocygène de R. Petit, ses résultats sont encore trop peu certains pour la conseiller dans tous les cas.

La balnéothérapie, bains à 25° de 30 minutes, destinée à combattre l'hyperthermie et à soutenir le système nerveux, n'est pas applicable dans beaucoup de milieux, elle est en tout cas contre-indiquée s'il y a des menaces de phlébite ou des lésions cardiaques. On peut du reste obtenir à peu près les mêmes résultats en s'adressant aux enveloppements humides de tout le thorax.

Nous laissons de côté la méthode de Fochier, qui a pour but de provoquer des abcès de fixation, et l'hystérectomie, dont les indications sont loin d'être nettement posées.

En résumé, lorsque l'infection a dépassé l'utérus, ou bien elle détermine des lésions locales de voisinage : salpingite, paramétrite, phlébite péri-utérine, pelvi-péritonite, péritonite généralisée, ou à distance : phlegmatia alba dolens, lésions cardiaques ou pulmonaires, suppurations,

chacune de ces complications réclamant une thérapeutique spéciale qui sort de notre sujet ; ou bien elle se comporte à la façon d'une maladie générale infectieuse et doit être traitée comme telle.

Formulaire des infections puerpérales.

Caustiques :

Teinture d'iode. — Eau oxygénée. — Glycérine créosotée : glycérine, 20 grammes, créosote, 10 grammes.

Solutions pour injections vaginales.

Biodure de mercure	0,25 centigr.
Iodure de potassium	0,50 —
Eau bouillie	1 litre

ou :

Formol	50 grammes
Teinture de benjoin	10 —
Eucalyptol	5 —
Alcool	250 —
Glycérine neutre	Q. s. p. 500

Une cuillérée à café pour un litre d'eau bouillie.

Permanganate de potasse	0,50 centigr.

Pour un paquet.

Un paquet pour un litre.

Liqueur de Labarraque.

Une cuillerée à soupe pour un litre d'eau.

Hydrate de chloral.	10 grammes
Eau bouillie	1 litre

Solutions pour injections intra-utérines.

Liqueur de Labarraque.

Une cuillerée à soupe pour deux litres d'eau.

Permanganate de potasse	0,50 centigr.

Pour un paquet.

Un paquet pour deux litres d'eau.

Eucalyptol	10 grammes
Formol	25 —
Alcool.	250 —

Une cuillerée à dessert pour deux litres d'eau bouillie.

Iode métallique	3 grammes
Iodure de potassium	6 —
Eau distillée	75 —

Pour un flacon.

Verser un de ces flacons dans deux litres d'eau bouillie.

Teinture de bois de panama.	1 gramme
Essence de térébenthine	100 —
Eau distillée.	100 —

une cuillerée à soupe pour un litre d'eau bouillie.

Eau oxygénée à 12 volumes	500 grammes
Eau bouillie	1000 —

Antiseptiques internes.

Pommade :

Argent colloïdal.	15 grammes
Lanoline.	35 —
Axonge benzoïnée	60 —

Prendre gros comme une noisette de cette pommade et frictionner au niveau d'un pli de flexion préalablement savonné, recouvrir ensuite d'une couche de coton et d'un taffetas chiffon.

Colloïde pour injection hypodermique ou intra-veineuse :

Argent colloïdal électrique	1 gramme
Sérum artificiel	100 —

Injecter dans l'épaisseur des muscles fessiers ou dans

une veine du bras 3 à 5 centimètres cubes de cette préparation.

Sérothérapie

Sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur.

40 à 60 centimètres cubes en injections hypodermiques dans les 24 heures.

INJECTION INTRA-UTÉRINE

L'injection intra-utérine est une intervention facile, mais elle réclame de grandes précautions dans son exécution. Si celles-ci ne sont pas prises, elle peut devenir beaucoup plus nuisible qu'utile ; c'est le cas de la technique classique. Les règles générales de cette dernière sont les suivantes :

« Introduire l'index et le médius de la main droite dans le vagin, aller à la recherche du col, pénétrer dans son orifice interne... Glisser ensuite sur les doigts formant gouttière la sonde qui sera poussée dans le col de, etc.

Cette manœuvre présente de nombreux inconvénients, elle est aveugle, difficile et par cela même dangereuse lorsqu'elle est pratiquée par un opérateur inexpérimenté, d'autant plus que pour se conformer aux règles modernes de l'asepsie il aura dû protéger ses mains par des gants de caoutchouc. Le reproche le plus grave, qui peut être fait à cette technique, c'est qu'elle est en opposition avec les lois élémentaires de l'antisepsie.

S'il s'agit d'une infection des suites de couches, indication la plus fréquente, la sonde va forcément entrer en contact avec des régions dont il est impossible d'obtenir l'asepsie parfaite, vulve, vagin, col. Le plus souvent, dans le cas que nous venons d'envisager, il existe à leur niveau des plaies infectées fréquemment recouvertes de fausses membranes très riches en micro-organismes, ces foyers d'infection n'auront été en rien modifiés par l'injection vaginale qui doit

toujours précéder l'introduction de la canule intra-utérine dans le col. Celle-ci va donc entraîner et ensemencer dans la cavité utérine des microbes dont l'espèce peut fort bien ne pas y exister ; peut-être même n'est-ce pas l'utérus qui est en cause dans les accidents infectieux.

Que penserait-on d'un médecin qui pratiquerait encore le cathétérisme vésical sous les draps ? On le considérerait comme étant d'un autre âge. Pénétrer dans l'utérus en suivant la méthode classique, c'est agir de la même façon. *Toute injection intra-utérine pratiquée pendant les suites de couches, surtout s'il existe des accidents infectieux, doit être faite à ciel ouvert.*

Placez la femme en position obstétricale en travers d'un lit, après en avoir recouvert le bord avec une toile imperméable dont une extrémité tombe dans un grand récipient, seau, bain de pied, etc., chaque membre inférieur fléchi reposera sur une chaise ou sera maintenu par un aide.

Savonnez toute la région vulvaire, irriguez le vagin avec un liquide antiseptique, puis introduisez un spéculum (genre spéculum de Collin) ou deux valves spéciales maintenues par un ressort en fil d'acier très fort, l'anse du ressort dirigée du côté du mont de Vénus. Saisissez le col avec une pince à deux griffes pour le maintenir en place ou même pour l'abaisser légèrement, ce qui aura pour avantage de le rendre plus apparent et de redresser le corps utérin souvent fléchi ; ne pénétrez jamais dans la cavité cervicale avant de l'avoir bien nettoyée.

Au moyen d'un tampon de coton ou de gaze monté sur une pince et imprégné de teinture d'iode commencez par faire la toilette de la surface externe du museau de tanche et de l'orifice cervical externe.

Un écouvillon, constitué par de la gaze enroulée autour d'une longue pince à pansements, est trempé dans de la teinture d'iode et introduit ensuite dans le col sur une longueur de 3 à 4 centimètres seulement. A ce moment imprimez à votre écouvillon un mouvement de rotation et enle-

vez-le, vous recommencez le même mouvement avec un autre écouvillon semblable, également trempé dans de la teinture d'iode, mais vous l'introduisez plus profondément, 6 à 8 centimètres environ.

C'est seulement après avoir pris ces précautions que vous pourrez introduire votre sonde intra-utérine expurgée dans le col, après avoir eu soin de faire déborder légèrement le siège de la femme sur le bord du lit et après avoir déprimé la commissure postérieure de la vulve et la paroi postérieure du vagin avec le doigt ou avec une valve étroite. La sonde stérilisée n'aura donc subi aucun contact avec les parois vulvo-vaginales lorsqu'elle abordera le col et elle ne pénétrera dans l'utérus qu'en franchissant un canal cervical aussi désinfecté que cela est pratiquement possible.

L'instrumentation nécessaire pour faire une injection intra-utérine dans ces conditions se compose par conséquent, en dehors des objets et instruments habituels, bock, canules, etc., d'un spéculum pouvant être remplacé avantageusement par deux valves ordinaires ou de préférence, ce qui supprime un aide, par deux valves construites suivant le modèle décrit précédemment, une pince à deux griffes, trois longues pinces à pansement et une paire de ciseaux.

Il faudra, en plus du liquide antiseptique, avoir à sa disposition de la teinture d'iode, qu'on pourrait à la rigueur remplacer par de l'éther iodoformé, et de la gaze aseptique ou antiseptique, de préférence en bande de 0 m. 10 de largeur.

Avant de commencer on préparera dans une cuvette flambée un tampon gros comme une noix et deux écouvillons en enroulant la gaze autour d'une pince à pansement.

Indications. — Immédiatement après l'accouchement l'injection intra-utérine est indiquée dans les cas de rupture prématurée des membranes précédant de plusieurs jours l'expulsion du fœtus, de rupture précoce avec durée excessive du travail, d'infection amniotique, d'interventions nécessitant l'introduction de la main dans l'utérus, version, embryotomie, basiotripsie, de délivrance artificielle.

Dans les heures qui suivent la délivrance, une hémorragie rebelle par inertie utérine peut céder à un lavage intra-utérin avec de l'eau à 48°.

Pendant les suites de couches, il faut pratiquer l'injection intra-utérine lorsque la température s'élève et que les lochies sont fétides ou encore lorsque des accidents fébriles s'accompagnent d'un arrêt dans l'expulsion des lochies.

INJECTION VAGINALE

L'instrumentation comprend :

1° Un *bock* en tôle émaillée ou en porcelaine, à fond arrondi, d'une contenance de 2 litres, pouvant être flambé ou bouilli ;

2° Un *tuyau de caoutchouc* d'une longueur de 1 m.50 environ s'adaptant à la tubulure que porte le bock à sa partie inférieure ;

3° Une *canule* droite, en verre épais, longue de 15 centimètres, percée à une de ses extrémités de trous latéraux ;

4° Un *bassin*, forme sabot, en tôle émaillée, d'une contenance minima de 3 litres.

Avant l'accouchement, il faudra faire bouillir pendant 20 à 30 minutes le bock, le tuyau de caoutchouc et la canule ; le bassin sera nettoyé, puis flambé. Les mêmes précautions d'asepsie seront prises tous les jours pendant les suites de couches. Après l'injection, le tuyau de caoutchouc est accroché à l'anse du bock qui sera ensuite recouvert d'une serviette propre, et la canule est placée dans une éprouvette en verre qui a été remplie d'une solution antiseptique et dont le fond a été garni de coton. Un couvercle spécial ou un bouchon obturera l'ouverture de l'éprouvette. Le bock destiné aux injections vaginales ne doit jamais être employé pour donner des lavements.

Les injections sont préparées au moment d'être utilisées : on verse trois quarts de litre à un litre et quart d'eau bouil-

lie froide suivant qu'on emploie comme antiseptique une solution étendue ou concentrée, on verse ensuite la solution et on complète avec de l'eau bouillie chaude. La seule manière d'apprécier avec exactitude la température du contenu est de s'adresser à un thermomètre construit pour cet usage et conservé dans une solution antiseptique. Appliquer la face dorsale des doigts contre la paroi externe du bock ou faire couler un peu de l'injection sur le dos de la main sont des procédés de nécessité et non de choix.

L'injection préparée, la femme est placée sur le bassin, le siège débordant la partie pleine. Après brossage et savonnage, les mains sont immergées dans une solution antiseptique, habituellement dans du sublimé à 1 p. 2.000. La canule saisie dans le récipient est adaptée au tube de caoutchouc et introduite dans le bock, qu'on place à portée de la main sur un meuble ou qu'on accroche à un clou de façon que le fond soit à environ 50 centimètres au-dessus du plan du lit. On pratique d'abord une toilette savonneuse, puis une irrigation antiseptique de la région vulvaire ; on saisit la canule par la base, on laisse couler un peu de liquide dans le bassin pour chasser l'air en même temps que le liquide qui s'est refroidi dans le tuyau. Écartant avec les doigts de la main gauche les grandes et les petites lèvres, on introduit la canule dans le vagin en suivant sa paroi postérieure, puis on lui imprime des mouvements de circumduction, afin d'irriguer tous les culs-de-sac. Il faut s'arrêter au moment où presque tout le liquide s'est écoulé, on évite ainsi l'entrée de l'air dans la cavité vaginale.

Lorsque l'injection est faite soit immédiatement après l'accouchement, soit pendant les suites de couches, il est prudent de placer la main libre sur le fond de l'utérus pour le maintenir et empêcher la pénétration du liquide dans la cavité de cet organe et sa distension.

L'injection terminée, la canule est enlevée lentement et plongée dans le bock ; on fait une nouvelle toilette vulvaire et

on applique devant la vulve une nappe de coton, stérilisé de préférence.

Les principaux antiseptiques employés dans la pratique pour les injections vaginales sont les suivants :

Sublimé corrosif	0,25	pour 1.000
Biiodure de mercure	0,25	—
Formol	0,50	—
Permanganate de potasse	0,50	—

Eau oxygénée à 12 volumes coupée de deux tiers d'eau.

INTERVENTIONS ABDOMINALES PORTANT SUR L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE

Nous laisserons de côté dans cet article l'opération césarienne pratiquée au terme de la grossesse, que nous avons déjà étudiée précédemment.

Pendant les premiers mois de la gravidité, on peut être amené à ouvrir l'abdomen pour réduire *un utérus en rétroversion* qui détermine des accidents graves et qui résiste aux procédés de réduction par la voie vaginale. Les complications de cette variété de déviation les plus fréquentes et les plus redoutables sont d'ordre vésical, la cystite purulente et gangréneuse peut en effet succéder rapidement à la rétention d'urine. Mais on peut également rencontrer des phénomènes de compression veineuse, nerveuse, rectale, due à l'enclavement de l'utérus dans la concavité sacrée. Aussi l'apparition de ces accidents surajoutée aux insuccès répétés de réduction manuelle est-elle une indication de la laparotomie. Celle-ci permet de voir et de détruire les obstacles à la réduction qui sont habituellement constitués par des adhérences de l'utérus aux parois du petit bassin et aux organes voisins, soit surtout par des adhérences des organes placés directement au-dessus de l'utérus. Ces dernières unissent non seulement les organes entre eux, épiploon, masse intestinale, rectum, vessie, mais encore ces organes au revê-

tement péritonéal du grand bassin ; la cavité pelvienne semble murée à sa partie supérieure. Ces lésions sont le reliquat d'une ancienne pelvi-péritonite ou d'une péritonite localisée.

L'intervention sera précédée d'une évacuation complète du rectum et de la vessie. L'incision sous-ombilicale est suffisante pour donner du jour.

Après avoir placé l'opérée en position de Trendelenburg, l'épiploon est dégagé et au besoin sectionné, s'il a contracté des adhérences, avec les organes voisins, puis on le relève. Les anses intestinales sont libérées de préférence avec les doigts ou avec un instrument mousse, ciseaux fermés, sonde cannelée ; dans certains cas une dissection avec un instrument tranchant est nécessaire, il faut alors agir avec douceur et avancer millimètre par millimètre.

L'intestin libéré est sorti du petit bassin, refoulé dans la direction du diaphragme et protégé par de larges compresses.

Après s'être assuré que l'utérus est libre de toute adhérence, particulièrement du côté de la vessie et du rectum, on glisse les doigts entre la matrice et la face antérieure du rectum pour *empaumer* son fond et une partie de sa face postérieure et on l'entraîne en haut et en avant.

Ce dégagement terminé, il faut passer une inspection rigoureuse de toute la surface extérieure de l'utérus, et plus spécialement des régions sur lesquelles siégeaient les adhérences. Celles-ci sont en effet le point de départ fréquent d'un suintement sanguin en nappe souvent abondant qu'il faut arrêter au moyen du thermocautère chauffé au rouge sombre.

On peut se contenter de cette réduction et refermer l'abdomen par trois plans de suture après une toilette rigoureuse du péritoine. Il est plus prudent cependant d'assurer la réduction par une intervention très simple, le raccourcissement des ligaments ronds dont l'anse sera fixée au niveau de l'angle inférieur de la plaie abdominale.

La *môle hydatiforme* nécessite la laparotomie suivie de l'hystérectomie abdominale totale ou subtotale chaque fois qu'on constate au cours du curage digital ou de l'exploration de la cavité utérine succédant à l'expulsion d'une môle un envahissement du tissu musculaire de l'utérus par les villosités choriales. C'est la meilleure prophylaxie du décidume malin. L'indication est encore plus pressante dans les cas de perforation de la paroi utérine au cours d'un curage digital ou d'un curettage.

La même intervention est souvent nécessaire dans les *ruptures de l'utérus* pendant la grossesse, qu'elles soient traumatiques, plaies par armes à feu, par instrument piquant et tranchant, par coup de corne d'animal, par tentative d'avortement criminel, ou qu'elles soient spontanées, ce qui est rare pendant la gravidité.

Ces dernières peuvent se rencontrer dans le cas d'insertion de l'œuf au niveau de l'angle, *grossesse angulaire*, ou dans le cas de malformation utérine.

Un accident, qui a été signalé à plusieurs reprises dans ces dernières années, est la *torsion du pédicule d'un fibrome sous-séreux*. Le pédicule sectionné, le tissu utérin est suturé au catgut et la grossesse peut continuer son cours. Dans la plupart des observations publiées, le diagnostic véritable n'a été reconnu qu'au cours de l'intervention, car on avait cru à la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire.

L'hémorragie rétro-placentaire détermine parfois chez la femme des accidents suraigus, qui nécessitent une évacuation utérine immédiate : la douleur abdominale est très vive, le pouls est petit et extrêmement rapide, quelquefois à peine perceptible, le facies est altéré et d'une pâleur de cire. Le segment inférieur et le tissu cervical donnent dans certains cas une sensation d'empâtement et même de dureté ligneuse comparable à celle que Pinard a décrite au niveau du corps. Toute tentative de dilatation manuelle ou instrumentale paraît non seulement ne devoir donner aucun résul-

tat, mais encore être dangereuse pour le tissu utérin. Il n'existe qu'une seule chance de sauver la femme, l'enfant n'entrant plus en ligne de compte, car il est mort, c'est la laparotomie immédiate suivie de la césarienne conservatrice.

Enfin dans certaines *hémorragies graves déterminées par une insertion du placenta sur le segment inférieur* nous n'hésiterions pas à recourir à la même intervention, si les jours de la femme étaient en danger malgré la mise en pratique du traitement classique : déchirure large des membranes, injections vaginales à 50°, injections sous-cutanées de sérum artificiel, inhalations d'oxygène. Cet accident pourrait se rencontrer dans le cas de placenta recouvrant tout l'orifice cervical interne (placenta prœvia proprement dit), variété extrêmement rare, mais possible.

Chaque fois qu'une intervention abdominale doit être pratiquée pendant la grossesse, dans le but de sauvegarder cette dernière, il est nécessaire de recourir à la morphine. Une première injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'une solution à 1 p. 100 sera faite immédiatement avant l'opération, et une deuxième sera pratiquée lorsque la malade sera ramenée dans son lit. On devra les continuer pendant les trois ou quatre journées suivantes à la dose d'une à deux injections par jour suivant les circonstances. A la moindre menace de contractions utérines, il faudrait y ajouter les lavements laudanisés, 20 à 25 gouttes de laudanum pour 60 grammes d'eau bouillie tiède.

INTOXICATIONS CHRONIQUES

L'étude des intoxications chroniques dans leurs rapports avec les fonctions de reproduction et avec la grossesse est de date relativement récente.

Dans leur façon d'agir, les intoxications chroniques ont une grande analogie avec la syphilis, même influence des deux procréateurs, mêmes conséquences sur la grossesse et le produit de conception : avortement, mort du fœtus *in utero*, accouchement prématuré, malformations, mort de l'enfant dans les premiers mois de son existence.

Les intoxications chroniques sont presque toujours des intoxications professionnelles. Les principales sont déterminées par le plomb, le mercure, le sulfure de carbone, le tabac. Nous étudierons plus particulièrement l'intoxication saturnine, qui est la plus fréquente et qui peut servir de type aux autres intoxications. Pour ces dernières, nous nous contenterons de signaler ce qui leur appartient en propre, nous éviterons ainsi des répétitions inutiles.

INTOXICATIONS PROFESSIONNELLES

Intoxication saturnine. — La clinique comme l'expérimentation démontrent l'influence indiscutable de l'intoxication saturnine des procréateurs sur l'évolution de la grossesse. Le plomb absorbé par la mère a été retrouvé dans le placenta et dans les viscères du fœtus. Ces constatations suffisent à expliquer certains accidents signalés chez le fœtus, malformations, mort pendant la vie intra-utérine, état chétif de l'enfant à sa naissance, mort au cours des premiers mois ; elles permettent également de comprendre la façon d'agir de l'intoxication de source maternelle.

Mais elles ne nous donnent pas la solution du problème en ce qui concerne l'intoxication n'existant que chez le père et dont l'action sur la grossesse est indéniable.

Sur 151 femmes, indemnes de toute intoxication saturnine et fécondées par des ouvriers professionnellement ex-

posés au saturnisme, 442 grossesses se sont terminées (Deneufbourg) :

66 fois par un avortement.
96 fois par un accouchement prématuré avant le 9e mois.
147 fois par un accouchement prématuré au cours du 9e mois.
133 fois par un accouchement à terme.

Dans 47 cas, le fœtus a été expulsé mort et macéré et cependant l'auteur avait eu soin d'éliminer toutes les observations dans lesquelles la syphilis pouvait être soupçonnée.

L'influence du père est d'autant plus accusée que ce dernier est plus exposé à l'intoxication saturnine. Les professions les plus redoutables sont celles de peintre en bâtiment, d'imprimeur, de plombier et de couvreur.

Quant à expliquer la manière d'agir de l'intoxication paternelle sur l'évolution de la grossesse, cela est impossible à l'heure actuelle. Le ralentissement de la vie cellulaire du spermatozoïde a été incriminée à propos de l'hérédité, mais ce n'est qu'une hypothèse ; aussi ne nous étendrons-nous pas sur cette question qui reste trop dans le vague, et nous admettrons le fait indiscutable cliniquement, mais scientifiquement inexplicable.

L'influence de l'intoxication n'existant que chez la femme est beaucoup plus accusée, car non seulement le poison a pu altérer l'ovule avant la fécondation, mais il continue encore à agir sur l'œuf en voie de développement, comme le prouve la présence du plomb dans le tissu placentaire.

Les professions féminines exposées au saturnisme, qui retentissent le plus sur la gestation, sont par ordre décroissant les polisseuses, les typographes, les femmes peintres, les bijoutières.

Il est facile de conclure à une action encore plus existe marquée lorsque l'intoxication à la fois chez les deux procréateurs.

La clinique nous démontre que l'action du poison n'est

que passagère, tant qu'il n'a pas déterminé dans l'organisme une profonde déchéance, aussi voit-on des femmes mener sans incidents une grossesse à terme après avoir abandonné leur profession, alors que précédemment la gestation avait toujours été interrompue.

Mais il n'en est plus de même si l'intoxication saturnine a provoqué une cachexie définitive. C'est encore la clinique qui nous apprend que le retentissement sur la grossesse est d'autant plus accusé et d'autant plus rapide que des accidents aigus, comme les coliques de plomb ou l'encéphalopathie saturnine, apparaissent au cours de la gravidité.

Les manifestations gravidiques de l'intoxication sont : du côté de l'œuf l'avortement, l'accouchement prématuré, la mort du fœtus, soit par action directe, soit par lésions placentaires ; du côté de la mère, une prédisposition aux troubles d'auto-intoxication et une exagération de ces derniers : vomissements, albuminurie, céphalalgie, névrites, etc.

Le saturnisme congénital peut aussi se faire sentir plus tardivement sur l'enfant après sa naissance. La mortalité infantile est considérable au cours de la première année, le système nerveux est plus spécialement touché, car un grand nombre d'enfants meurent à la suite de convulsions et, parmi ceux qui vivent, on rencontre assez souvent l'épilepsie et l'idiotie.

Traitement. — La conduite à tenir en présence d'une femme enceinte exposée à l'intoxication saturnine doit être radicale, il faut exiger l'abandon de la profession dangereuse non seulement pendant la grossesse, mais encore pendant la durée de l'allaitement, car le passage du plomb dans le lait est actuellement démontré.

Si la femme présente des troubles de l'intoxication chronique, il faut en plus la soumettre à une thérapeutique ayant pour but de la débarrasser le plus rapidement possible du plomb accumulé dans son organisme ; pour cela elle devra boire du lait et prendre tous les jours 0,25 à 0,50 centi-

grammes d'iodure de potassium en potion, en comprimés ou en pilules.

Il est nécessaire également de lui conseiller des grands bains (deux à trois par semaine) et le repos pour diminuer les chances d'accouchement prématuré.

Mais c'est surtout aux mesures prophylactiques qu'il faut s'adresser, ce sont du reste les seules qui soient applicables lorsque le père est en cause. Celui-ci devra abandonner sa profession ou tout au moins il devra avoir la précaution de changer de vêtements à la sortie de l'atelier et de se soumettre à des soins exagérés de propreté de tout le corps et particulièrement des mains et de la cavité buccale.

Enfin une partie de la prophylaxie est d'ordre social. C'est en exigeant la propreté et l'aération des locaux dans lesquels il existe des poussières de plomb qu'on arrivera à diminuer les cas d'intoxication saturnine. La société a le devoir de veiller non seulement sur l'individu, mais encore de sauvegarder l'espèce.

Autres intoxications chroniques professionnelles.

Nous pourrions répéter pour les autres intoxications professionnelles ce que nous avons dit à propos de l'intoxication saturnine; nous avons étudié cette dernière plus complètement à cause de sa fréquence, car elle constitue le type du genre.

L'*intoxication mercurielle* se rencontre surtout chez les ouvriers ou ouvrières des mines de mercure, aussi cette variété d'intoxication est-elle inconnue en France, mais elle peut aussi se manifester chez les ouvriers sécréteurs de poils, les chapeliers, les constructeurs de thermomètres et baromètres, les étameurs de glace, les doreurs au mercure, les fleuristes, les empailleurs, les photographes.

L'*intoxication phosphorée* est due à la manipulation du phosphore blanc (dit encore phosphore jaune ou cristallisé), utilisé dans les fabriques d'allumettes. Un certain nombre

de femmes chargées de mettre les allumettes en boîtes y sont particulièrement exposées.

L'*intoxication nicotinique* se manifeste chez les femmes employées dans les manufactures de tabac, elle retentit non seulement sur la grossesse, mais plus encore sur l'enfant nourri au sein par sa mère. Ceux-ci sont très difficiles à élever dans ces conditions et la mortalité est surtout grande du deuxième au quatrième mois.

Le *sulfure de carbone* est une source fréquente d'intoxication chez les ouvriers travaillant dans les ateliers de vulcanisation du caoutchouc.

L'*oxyde de carbone* est plus souvent qu'on ne le suppose une cause d'intoxication chronique chez les cuisinières vivant dans des locaux petits, mal aérés ; on rencontre également l'action toxique de ce gaz chez les repasseuses.

Dans toutes ces intoxications professionnelles, dont l'influence a surtout été étudiée chez la femme, le retentissement sur la grossesse est toujours le même : fréquence des avortements et des accouchements prématurés, mort du fœtus *in utero*, malformations, état chétif des enfants, mortalité élevée après la naissance, surtout si l'enfant est nourri au sein par sa mère et si celle-ci a repris ses occupations. Cette influence est particulièrement accusée chez les femmes intoxiquées par la nicotine.

Traitement. — Le traitement est purement prophylactique, l'abandon de la profession dangereuse pour la grossesse peut seul donner des résultats appréciables. Lorsque l'enfant naît vivant, il doit être éloigné de sa mère et mis en nourrice dans le cas où cette dernière continue son métier.

INTOXICATIONS VOLONTAIRES

Nous comprenons dans cette catégorie les intoxications chroniques déterminées soit par l'*opium*, qui se présente chez nous sous forme de morphinomanie, soit par l'*alcool*.

L'action de la *morphine* chez la femme enceinte peut être

une cause d'avortement, d'expulsion prématurée, de mort du fœtus, elle dépend de la durée et du degré de l'intoxication. L'influence sur l'enfant a été signalée par tous ceux qui ont eu à observer des accouchées morphinomanes. Dans un cas de ce genre, que nous avons eu l'occasion de suivre récemment, la femme, chez laquelle on avait déjà obtenu deux guérisons passagères, avait repris l'usage de la morphine vers le sixième mois de sa grossesse, mais ce n'est qu'au cours du travail qu'on s'est aperçu de la récidive. L'accouchement s'est effectué normalement, mais l'enfant, qui était élevé par une nourrice, présenta pendant trois semaines des troubles graves déterminés sans aucun doute par la privation du poison. Les symptômes les plus accusés furent des élévations de température (39 et 40°), de l'insomnie, des cris aigus au moindre attouchement et plaintifs à l'état de repos, des troubles digestifs : vomissements, diarrhée liquide abondante. Trois semaines environ furent nécessaires avant de constater une amélioration, puis peu à peu la guérison survint, et actuellement cet enfant a repris un aspect normal.

L'influence de l'*alcoolisme* chez les parents est malheureusement trop connue, car ce genre d'intoxication est fréquent dans la classe ouvrière. Par alcoolisme nous entendons l'intoxication déterminée par toutes les variétés de boissons dites spiritueuses.

L'intoxication a une répercussion sur la grossesse et sur le produit de conception, quel que soit le générateur qui la subit, mais son influence est surtout accusée lorsque la mère continue à s'intoxiquer pendant la grossesse. Il est démontré en effet par la méthode expérimentale, que l'alcool et les essences traversent le filtre placentaire et passent rapidement dans la circulation sanguine du fœtus, aussi est-ce un des facteurs les plus fréquents de la mort de ce dernier pendant sa vie utérine. Il peut aussi être une cause de malformations, l'alcoolisme uniquement paternel agirait plus spécialement dans ce sens. Enfin ce poison paraît avoir une action très nette sur le système nerveux de l'enfant qui est exposé

aux convulsions, à l'idiotie, à l'épilepsie ; en plus de cette tare nerveuse, il modifie son terrain, le prédispose à la tuberculose et lui enlève toute résistance vitale, aussi les moindres affections peuvent-elles revêtir chez lui une allure grave et se terminer par une issue fatale.

Comme pour toutes les intoxications chroniques, la thérapeutique est purement prophylactique, l'usage de l'alcool devra être interdit à la mère pendant sa grossesse. Quant à la morphinomanie, il ne faudra pas supprimer brusquement l'usage du poison, la suppression sera progressive, autant dans l'intérêt de la mère que dans l'intérêt du fœtus ; il sera prudent de recourir en même temps à une médication tonique.

INVERSION UTÉRINE

L'inversion utérine est le retournement partiel ou total de l'utérus, c'est une véritable invagination ; le fond de l'organe se déprime pour descendre plus ou moins profondément dans la cavité même de la matrice à la façon d'un doigt de gant qui se retourne, suivant la comparaison classique.

Nous étudierons seulement l'inversion utérine obstétricale qui se produit quelquefois aussitôt après l'expulsion du fœtus, et dans la plupart des cas au moment de la sortie du placenta ou après la délivrance. C'est une complication rare de l'accouchement, on peut même ajouter qu'elle est devenue exceptionnelle depuis que la physiologie de la délivrance est mieux connue et qu'on ne cherche plus à débarrasser l'utérus de l'arrière-faix immédiatement après l'expulsion du produit de conception. Le plus souvent en effet c'est sous l'influence de tractions intempestives sur le cordon ou d'une expression trop énergique exercée sur le fond de l'utérus qu'on détermine le retournement de ce dernier ; aussi est-ce d'ordinaire dans la clientèle des sages-femmes et surtout des vieilles sages-femmes qu'on rencontre encore cet accident.

Clinique. — L'inversion intra-utérine ou premier degré

de l'inversion peut facilement passer inaperçue, car elle n'est accompagnée en général que par des signes qui n'attirent pas l'attention : le suintement sanguin n'est d'ordinaire pas plus abondant que celui qui accompagne l'expulsion normale du placenta, la douleur abdominale est confondue avec celle qui apparaît au moment de la délivrance. C'est le plus souvent par hasard en appliquant la main sur l'utérus qu'on est frappé par la forme de cet organe, on ne retrouve plus la masse globulaire habituelle ; l'utérus palpé à travers la paroi abdominale paraît décapité, son fond n'est plus constitué par un bord convexe et dur, à sa place se trouve un gros bourrelet déprimé au centre. Pour peu que la paroi abdominale soit mince et souple, il est facile d'introduire un ou deux doigts dans cette dépression, qui donne parfois la sensation d'un entonnoir limité par des parois épaisses, c'est le cul-de-fiole de Mauriceau.

Le toucher intra-utérin ne peut fournir de renseignements que si le placenta a été expulsé et si le fond de l'utérus est suffisamment descendu pour venir affleurer le niveau de l'orifice interne du col ou même seulement de l'anneau de Bandl. On constate alors que la cavité utérine est occupée par un cylindre convexe que le doigt peut contourner de toutes parts, il existe en effet autour de lui une véritable rigole circulaire, dont la profondeur est en raison directe du degré de l'inversion. Cette saillie est molle, dépressible et souvent rugueuse ; si elle avoisine l'orifice utérin, elle donne la sensation d'une masse en voie d'expulsion ; dans les cas extrêmes d'inversion intra-utérine la femme éprouve du reste des douleurs lombaires et abdominales et une envie plus ou moins forte de pousser.

Ces différents symptômes, absents s'il n'existe qu'une simple dépression au fond de l'utérus, s'accusent d'autant plus que l'inversion est plus accentuée ; ils sont au complet et avec leur maximum d'intensité dans l'inversion intra-vaginale, surtout si cette dernière s'est produite brusquement. Cliniquement les faits se passent de la façon suivante : l'ac-

coucheur ou l'accoucheuse, en voulant faire la délivrance, tire sur le cordon ; le placenta ne descend pas, les tractions deviennent alors plus énergiques, tout d'un coup l'opérateur a la sensation d'une résistance vaincue et le placenta apparaît au dehors. En même temps la femme ressent une douleur aiguë, angoissante, généralisée à tout l'abdomen, remontant jusque dans les lombes et irradiée dans les aines et dans les cuisses ; elle a l'impression d'un arrachement profond. La douleur est parfois tellement vive qu'une syncope immédiate en est la conséquence ; dans d'autres cas la femme pâlit, le facies s'altère, des nausées et même des vomissements apparaissent, le pouls est petit et rapide, des secousses musculaires ou même des crises convulsives peuvent survenir ; la femme sans perdre connaissance est dans un véritable état syncopal, la respiration est brève et irrégulière et les extrémités se refroidissent.

Sous l'influence des tractions le placenta, en même temps qu'il entraînait l'utérus, a pu se détacher totalement ou partiellement, il en résulte alors une hémorragie souvent très abondante, le sang sortant à flots de la vulve, on applique aussitôt la main sur l'abdomen et on ne trouve plus le globe utérin. La place occupée normalement par lui est excavée et la cavité abdominale paraît vide. En déprimant la paroi ordinairement très souple à ce moment, on peut pénétrer au-dessus du pubis jusque dans le pelvis et sentir plus ou moins profondément un bourrelet arrondi et excavé au centre. Ce bourrelet est constitué par la portion du col utérin correspondant à l'insertion du vagin, car c'est à ce niveau que s'arrête le retournement de l'utérus dans l'inversion intravaginale complète.

Lorsque la délivrance est pratiquée par traction aidée de l'expression, la main placée sur le fond de l'utérus éprouve, au moment où cet organe se retourne, l'impression qu'il lui échappe et qu'il est entraîné dans le petit bassin. Le diagnostic dans ces circonstances doit se faire en même temps que l'accident se produit.

Par le toucher vaginal on arrive rapidement sur une énorme masse globuleuse qui peut même, dans le degré extrême de cette variété d'inversion, entr'ouvrir les lèvres de la vulve et apparaître avec tous les caractères que nous décrirons en étudiant l'inversion extra-génitale. Il est facile au doigt de faire le tour de cette tumeur: en remontant le long de ses parois aussi bien en avant qu'en arrière ou latéralement, on constate que ses dimensions vont en diminuant de diamètre de bas en haut et qu'un pédicule plus ou moins large pénètre dans l'orifice cervical. Celui-ci une fois franchi, on est vite arrêté par un cul-de-sac circulaire entourant le pédicule et constitué par la réflexion de la face externe de la masse principale qui se continue directement avec la paroi du col utérin. Ce dernier est donc limité par deux rigoles, l'une extérieure formée par les différents culs-de-sac du vagin, l'autre interne déterminée par le reploiement de l'utérus inversé. La présence de ce collet contractile, qu'on ne retrouve plus dans la variété extra-génitale, expliquerait l'absence d'hémorragie notée dans un grand nombre d'observations.

Il existe un degré encore plus accusé d'inversion, c'est la variété extra-génitale, qui nécessite pour se produire une traction énergique sur le cordon, une inertie absolue de tout le muscle utérin et une certaine laxité des parois vaginales. Pour que l'utérus puisse sortir de la vulve, il ne lui suffit pas de s'inverser complètement, il faut aussi que le vagin prenne part à cette inversion suivant le mécanisme bien connu du prolapsus utérin.

La sortie de l'utérus hors des voies génitales est le plus souvent primitive, c'est-à-dire qu'elle suit immédiatement le retournement, mais elle peut aussi être secondaire à l'inversion intra-vaginale. La présence de l'utérus dans le vagin constitue pour ce dernier un corps étranger et provoque chez la femme des envies de pousser; sous l'influence des efforts abdominaux, auxquels s'associent des contractions vaginales, l'utérus franchit peu à peu l'orifice vulvaire et sort à l'extérieur.

Les signes physiques apparaissent en même temps que les symptômes fonctionnels ; on aperçoit entre les cuisses de la femme une masse, dont le volume et l'aspect diffèrent suivant qu'elle est constituée par l'utérus recouvert du placenta ou par l'utérus seul. Dans le premier cas le volume de la tumeur peut atteindre la grosseur d'une tête de fœtus, son aspect est brillant et lisse, sa coloration est violacée, elle est parcourue par des vaisseaux de dimensions variables et elle donne insertion au cordon. On a la même impression que celle qu'on éprouve au cours de la délivrance, lorsque le placenta sort par sa face fœtale et qu'il est retenu par les membranes encore adhérentes ; la poche ainsi constituée paraît gonflée par du sang accumulé entre la face utérine du placenta et l'utérus lui-même. C'est la palpation de cette tumeur qui permet de distinguer ce qui est derrière le placenta ; dans l'inversion on sent que le contenu est résistant et que cette résistance se prolonge jusque dans le vagin ; lorsqu'il s'agit d'un œuf retourné, le contenu de la masse ainsi constitué est mou ; en remontant du côté du vagin, il est possible de déprimer les membranes qui le retiennent et de les accoler en refoulant le sang liquide qui se trouve renfermé dans cette poche.

Si, au contraire, la délivrance est faite, on a directement sous les yeux la surface interne de l'utérus qui est rouge, villeuse, recouverte de débris membraneux et de caillots ; ces caractères sont d'ordinaire voilés par le sang, qui suinte de toutes parts en plus ou moins grande abondance. Nous ne parlons pas de la recherche des orifices des trompes qu'il est presque toujours impossible d'apercevoir. Cette tumeur, du volume d'une très grosse orange, est piriforme et donne à la main, qui la palpe, une sensation de mollesse, d'élasticité et de réductibilité ; souvent même elle se durcit au contact des doigts à la façon des corps érectiles. Prise en masse, elle est le siège d'une sensibilité particulière, qui « a quelque chose de poignant et qui va au cœur » (Denucé). La douleur est, dans certains cas, tellement aiguë que la

femme peut, sous cette influence, avoir une syncope, comme cela se produit au cours des manœuvres de réduction.

Pour se rendre compte des connexions de cette tumeur, il faut introduire deux doigts dans le vagin ; en suivant sa face postérieure, on est arrêté à 2 ou 3 centimètres de profondeur par un cul-de-sac, prolongement du pédicule de la tumeur. Dans cette inversion, en effet, l'utérus se continue directement avec le vagin et il est à peu près impossible d'établir la démarcation qui sépare ces deux organes ; le collet, qu'on rencontrait dans la variété précédente, n'existe plus, collet qui était constitué par la portion vaginale du col et qui était susceptible de donner des sensations différentes au doigt, suivant qu'il était relâché ou contracté. Ces caractères anatomiques nous permettent de comprendre d'une part la facilité avec laquelle on peut toujours réduire partiellement l'inversion extra-génitale et la transformer en inversion intra-vaginale, et d'autre part les difficultés et quelquefois l'impossibilité qu'on éprouve dans la réduction de cette dernière.

Par le palper on constate également la disparition de l'utérus à sa place normale ; et, quelle que soit la profondeur à laquelle on puisse faire pénétrer les doigts déprimant la paroi abdominale et plongeant dans le petit bassin, on ne sent plus rien d'utérin. Le bourrelet, qui existe dans les variétés précédentes, a disparu ; il est, en effet, constitué maintenant par le vagin qui n'offre aucune résistance.

Le toucher rectal ne peut donner que des renseignements complémentaires ; par cette exploration, on s'assure de l'absence de l'utérus dans le petit bassin et on perçoit, en refoulant la paroi antérieure du rectum, l'entonnoir constitué par l'inversion du vagin. Si, en même temps que le doigt est dans le rectum, on introduit une sonde rigide dans la vessie et qu'on dirige le bec en arrière, on l'amène facilement au contact du doigt et on se rend compte une fois de plus de la disparition de l'utérus.

C'est dans cette variété d'inversion que les signes fonc-

tionnels sont les plus accentués; lorsqu'elle se produit brusquement, ce qui est le cas le plus fréquent, la parturiente accuse une douleur aiguë, déchirante, qu'on a attribuée au tiraillement des filets nerveux et parfois au pincement des anses intestinales et de l'épiploon. Cette douleur localisée à tout l'abdomen irradie avec violence du côté des lombes et moins fortement dans la direction des cuisses; c'est elle qui est la cause principale de l'état du shock constamment observé. La malade est pâle, les traits tirés, les yeux cernés et fixes, la pupille dilatée, les lèvres cyanosées; la respiration est faible, irrégulière, espacée ou rapide, le pouls misérable et fréquent, la sensibilité est très émoussée, l'intelligence est conservée; mais la stupeur est tellement accusée qu'on obtient difficilement une réponse lentement exprimée à la question posée; la température est au-dessous de la normale, 36° et même 35°. Si l'issue doit être fatale, les extrémités se refroidissent, des mouvements convulsifs succèdent à la résolution musculaire, le pouls devient imperceptible, les battements du cœur s'affaiblissent et la malade meurt doucement. Le mieux au contraire s'annonce par une agitation plus grande, par des plaintes déterminées par la douleur, par un pouls moins fréquent et mieux frappé et par une respiration plus régulière.

Cet état de shock ne reconnaît pas pour cause l'hémorragie, puisque celle-ci peut être peu considérable et même nulle, si le placenta est complètement adhérent à l'utérus inversé. Dans le cas, au contraire, où le placenta est détaché de l'utérus ou quand il est seulement décollé partiellement, l'écoulement sanguin est d'ordinaire très abondant, beaucoup plus que dans la variété précédente; celle-ci possédait en effet un collet constricteur qui n'existe pas dans le retournement complet. La perte sanguine, qui est en raison directe de l'inertie, vient donc ajouter son action déprimante à la prostration nerveuse et aggraver la situation; la mort subite a du reste été notée dans quelques observations.

Traitement. — Le traitement de l'inversion utérine peut être divisé en deux grands chapitres : le premier consacré au traitement prophylactique, le second au traitement de l'inversion proprement dite, que celle-ci soit immédiate, récente ou ancienne.

L'inversion étant dans la plupart des cas un accident de la délivrance, on l'évitera en suivant à la lettre le manuel opératoire classique de ce deuxième acte de l'accouchement. Jamais on ne cherchera à extraire le placenta avant son décollement spontané et sa descente dans la cavité vaginale, à moins, bien entendu, qu'il n'y ait des indications, et alors c'est à la délivrance artificielle qu'on doit avoir recours. On sait qu'il faut environ une demi-heure pour que le délivre abandonne l'utérus, on s'assure que cet acte est accompli par le toucher vaginal ; ce n'est qu'après avoir constaté sa présence dans le vagin qu'il est permis de tirer très modérément sur le cordon avec la main droite, pendant que la main gauche est appliquée sur le globe utérin pour en apprécier la forme. En cas d'inertie utérine, on masse avec douceur la totalité de l'organe en évitant d'exercer des pressions trop fortes sur le fond, jamais on ne cherchera à pratiquer la délivrance uniquement par expression. Si, au cours de l'extraction du placenta, on constate que la partie supérieure de l'utérus se déprime, on cesse aussitôt toute manœuvre et on introduit la main dans la cavité utérine.

L'inversion une fois produite, il faut la réduire le plus vite possible ; la réduction est d'autant plus facile qu'elle est tentée plus près du moment où l'utérus s'est retourné. Non seulement l'attente expose la femme aux dangers de l'hémorragie et de l'infection, mais encore elle rend l'intervention plus pénible et souvent plus compliquée. L'accident peut n'être pas diagnostiqué aussitôt soit par ignorance, soit par défaut d'examen ; devra-t-on alors attendre la fin de la période d'involution comme le prétendent certains auteurs ? Nous ne le conseillons pas et nous croyons qu'il

faut poser comme principe absolu que *toute inversion, qu'elle soit immédiate, récente ou ancienne, doit être réduite*: cependant dans certains cas c'est à une autre intervention que l'accoucheur est obligé d'avoir recours.

La réduction de l'inversion est l'opération qui a pour but de redonner à l'utérus sa configuration normale en le réinversant et en le ramenant à sa place habituelle. Pour atteindre ce but différents procédés peuvent être employés.

Réduction manuelle. — Lorsque l'utérus inversé est extra-génital, c'est-à-dire compliqué de prolapsus, le premier temps doit toujours consister à réduire le prolapsus et à réintroduire l'organe dans le vagin ; ce refoulement n'offre jamais de difficultés et on est alors en présence de l'inversion intra-vaginale.

Avant de tenter les manœuvres destinées à réduire l'utérus, il est nécessaire de prendre les plus grandes précautions antiseptiques : la vulve et l'entrée du vagin seront savonnées, puis on fera dans toute la cavité vaginale une grande irrigation antiseptique en ayant soin de contourner la tumeur utérine pour désinfecter toute sa surface ; la vessie sera vidée par le cathétérisme et on se procurera, si c'est possible, deux écarteurs et deux pinces de Museux qu'on stérilisera par le flambage.

Si l'inversion vient de se produire, il est inutile d'avoir recours à l'anesthésie, car l'utérus est encore assez souple pour que la réduction puisse être opérée facilement et sans trop de douleur. Si, au contraire, l'inversion date de quelques heures, la femme est souvent dans un état de dépression nerveuse et de shock tel qu'elle est incapable de supporter les manœuvres prolongées et fort douloureuses, qui pourraient aggraver sa situation. Il est alors prudent d'employer un anesthésique général, l'éther devra être préféré au chloroforme à cause de l'action dépressive de ce dernier.

Nous avons dit que l'inversion pouvait se produire alors que le placenta était encore adhérent à la surface de l'utérus, faut-il tenter la réduction totale ou doit-on commencer par

décoller le placenta avant d'opérer la réduction? Les avis sont partagés lorsque l'adhérence est complète, tandis que tout le monde est d'accord si le placenta est en partie détaché de l'utérus ; on doit dans ce dernier cas achever la délivrance commencée avant de réduire. Pour conseiller la réduction en masse on s'appuie sur les arguments suivants : le placenta protégerait l'utérus contre les pressions manuelles, son adhérence totale met à l'abri des hémorragies qui résulteraient de l'inertie utérine persistant après la réduction. Ces dangers sont rares, aussi semble-t-il plus rationnel de *décoller le placenta avant de réduire l'utérus* ; on diminue ainsi la masse inversée, on rend par conséquent l'opération plus facile, et on est plus sûr de faire une délivrance complète, lorsqu'on agit à ciel ouvert.

Pour intervenir il est bon, chaque fois que cela est possible, de déplacer la femme et de la mettre en position obstétricale ; l'opérateur, après une antisepsie rigoureuse des mains et des avant-bras, se place entre les membres inférieurs écartés modérément, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur le bassin. La main gauche est appliquée au-dessus du pubis, elle déprime, autant qu'elle le peut, la paroi abdominale de façon à immobiliser le tronçon utérin qui limite l'entonnoir déjà signalé. La main droite disposée en cône est introduite avec douceur dans le vagin, l'extrémité des doigts prend point d'appui sur la portion la plus déclive de la tumeur vaginale, elle la refoule lentement, en s'arrêtant au moment d'une contraction pour n'avoir pas à lutter contre la résistance du col. Dès que le fond de l'utérus, qui supporte tout l'effort, a dépassé la région cervicale, l'obstacle le plus important est franchi ; tantôt il faut continuer à repousser le corps utérin jusqu'à ce que celui-ci ait repris sa forme normale, tantôt l'utérus, mû comme par un ressort, se réinverse brusquement. Dans les deux cas la main doit continuer sa progression ascendante et s'assurer que l'organe a repris sa configuration intérieure normale, elle ne quittera cette cavité qu'après avoir fait une injection intra-

utérine avec un liquide antiseptique, non toxique et chaud (45 à 50°). Pour éviter une récidive il y a avantage, l'injection terminée, à tamponner l'utérus, puis le vagin avec de la gaze antiseptique.

L'inversion une fois réduite, il faut combattre l'état de choc et réparer les pertes sanguines qui ont pu se produire ; on emploiera pour cela les moyens habituels : la malade sera couchée la tête basse, on la réchauffera en la couvrant de couvertures et en l'entourant de boules d'eau chaude, on lui injectera suivant les cas de 500 à 1.000 grammes de sérum artificiel dans le tissu cellulaire, on lui donnera à la cuiller des boissons alcooliques, grogs, champagne, etc., enfin on pourra également lui faire des injections hypodermiques d'éther, de caféine, d'huile camphrée.

Le procédé de réduction que nous avons décrit est celui de Viardel ou du *taxis central ;* s'il échoue, on peut essayer le *taxis périphérique*, méthode d'Astruc, qui consiste à refouler d'abord les portions de l'utérus les dernières retournées, c'est-à-dire les plus voisines du col, ou encore le *taxis latéral*, méthode de Deleurye, dans laquelle on cherche à engager dans l'anneau cervical d'abord une corne utérine, puis l'autre. Dans la plupart des cas la réduction est obtenue par le taxis central, qui est le *procédé de choix* pour les inversions immédiates et récentes, tandis que les autres méthodes s'appliquent de préférence aux réductions tentées plus tardivement, soit pendant la période d'involution, soit après plusieurs mois ou même quelques années.

Elles seront toujours exécutées dans la position de Trendelenburg, sous chloroforme et avec beaucoup de douceur et de lenteur.

Jamais on ne devra employer le *taxis forcé* qui, à côté de quelques succès, a donné lieu à des accidents graves, déchirure du cul-de-sac vaginal ou rupture utérine.

Réduction instrumentale. — Les accidents, que nous venons de signaler, peuvent aussi être déterminés par l'emploi de certains instruments préconisés pour obtenir une

réduction soit rapide soit lente. Les instruments doivent tous être abandonnés, qu'il s'agisse de repoussoirs ou de repositoirs, car tous exercent une pression aveugle sur une surface limitée de l'utérus, au niveau de laquelle ils peuvent produire du sphacèle. Parmi les procédés de réduction lente il faut accorder la préférence aux pessaires à air et à eau, au colpeurynter de Braun ou de Wetterlin, et surtout au ballon de Champetier de Ribes. C'est dans le même moyen d'action qu'il faut ranger le tamponnement : « Son emploi est simple, facile, dit M. Pozzi, et ne demande aucune instrumentation spéciale. On le renouvellera tous les deux ou trois jours et on le fera chaque fois avec grand soin, en employant de longues bandes de gaze, larges de deux travers de doigt, qu'on tassera peu à peu au-dessous de la tumeur. Il faut pour cela employer une certaine force. La malade sera maintenue au repos horizontal durant toute la durée du traitement. On assurera la liberté du ventre par des lavements et on pratiquera régulièrement le cathétérisme, si la miction est difficile. »

Les méthodes lentes sont loin d'être toujours couronnées de succès et elles ne sont pas applicables à tous les cas : chez les multipares à périnée peu résistant le ballon de Champetier de Ribes et même le tamponnement resteront difficilement en place ; elles sont extrêmement douloureuses, leur application est souvent longue, elles gênent le fonctionnement de certains organes, rectum et vessie, enfin la pression continue subie par la muqueuse utérine peut y produire du sphacèle. Les nombreuses complications, qu'elles sont capables de déterminer, doivent donc les faire rejeter, puisque nous avons mieux.

Réduction opératoire. — Grâce aux progrès de l'antisepsie et de l'asepsie nous n'en sommes plus au temps où l'accoucheur redoute une intervention sanglante. On devra y recourir dans le but de réduire l'inversion chaque fois qu'on aura échoué par les procédés manuels, à la condition que l'utérus ne soit ni infecté ni sphacélé, ces deux accidents réclamant une thérapeutique spéciale.

Les difficultés opératoires seront d'autant moins grandes qu'on opérera à une époque peu éloignée de l'accouchement, car à ce moment il n'y a pas encore d'adhérences constituées retenant l'utérus dans sa nouvelle situation, le corps utérin n'est pas rigide, la musculeuse et la muqueuse n'ont pas encore subi les modifications de structure qu'on trouve dans les inversions anciennes.

Nombreux sont les procédés opératoires tour à tour préconisés par les auteurs, notre intention n'est pas de les exposer tous, mais de décrire les plus simples, ceux qui sont à la portée des praticiens ayant quelque peu l'habitude du bistouri.

Il faut rejeter les méthodes qui, comme celles de Thomas et d'Everke, font une laparotomie pour dilater l'anneau constricteur, pénètrent ensuite dans le vagin pour recourir au taxis et reviennent dans la cavité abdominale.

Le procédé de choix consiste à faire des *incisions cervicales bilatérales*. Il faut pratiquer deux incisions latérales remontant jusqu'à la région de l'isthme et comprenant la totalité de la portion sous-vaginale du col. On supprime ainsi l'agent de l'étranglement, qui siège au niveau de l'orifice cervical interne ou même au niveau de l'isthme. La situation latérale des incisions met à l'abri des blessures d'organes, elles n'atteignent jamais le péritoine, l'hémorragie est rare, et, en supposant même qu'elle se produise, il suffirait de placer sur le vaisseau qui saigne une pince de Kocher, qu'on laisserait en place vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Pour pratiquer la réduction, on saisit les lèvres de l'incision avec des pinces de Museux destinées non pas à abaisser l'utérus, ce qu'il faut éviter, mais à maintenir immobile dans sa situation normale la portion non inversée de l'organe. L'inversion une fois réduite, avec des aiguilles courbes ou de préférence avec des aiguilles en hameçon de Schrœder et un porte-aiguilles, on fait deux ou trois points de suture au catgut sur les bords limitant l'incision.

Quant aux autres procédés opératoires, la colpo-hystéro-

tomie postérieure ou opération de Küstner modifiée, la colpo-hystérotomie antérieure ou méthode de Kehrer, elles ne peuvent s'appliquer qu'à des inversions anciennes ; elles viennent à bout de toutes les réductions, mais elles ont toutes deux de graves inconvénients et nécessitent une grande habitude des opérations.

Traitement opératoire des complications. — Si la réduction doit toujours être tentée dans l'inversion immédiate, il n'en est plus de même dans l'inversion récente, c'est-à-dire dans celle qui date de plusieurs jours. L'utérus ainsi retourné a été exposé aux souillures de toutes sortes et il peut déjà être infecté, sa muqueuse est alors grisâtre, recouverte de fausses membranes ou d'un enduit purulent, le tissu utérin sous-jacent est mou et infiltré ; l'aspect général es celui d'une femme atteinte d'infection, son pouls est rapide, sa température est élevée. Réduire un utérus semblable, même après nettoyage, c'est fait courir à la malade des risques trop grands ; cet utérus doit être enlevé. La même indication se pose si l'on constate au niveau de cet organe des traces plus ou moins considérables de sphacèle.

Ce sont là les deux seules indications de l'hystérectomie, car, à l'heure actuelle, on ne peut plus y faire rentrer l'irréductibilité par les manœuvres manuelles. Si l'on échoue dans les tentatives de réduction immédiate, on doit conserver l'espoir de réussir quelques jours plus tard soit par un nouveau taxis, soit au besoin par une opération sanglante, incision bilatérale du col. Dans cet intervalle, on luttera contre les hémorragies par les injections chaudes et par le tamponnement intra-vaginal.

L'ablation de l'utérus est une méthode déjà ancienne, l'excision simple et l'amputation par ligature élastique doivent céder le pas à l'*hystérectomie vaginale.*

Celle-ci peut être faite suivant le procédé habituel : incision des culs-de-sac vaginaux suivie de l'exploration du contenu de l'infundibulum utérin, puis pincement des ligaments larges et ablation totale de l'utérus.

On peut aussi employer le procédé décrit par Pinard et Segond et baptisé par le premier d'hystérectomie extra-vaginale :

« Incision de 4 à 5 centimètres sur la paroi antérieure de l'utérus inversé.

« A travers la boutonnière, exploration digitale de la surface externe permettant de constater l'absence d'une anse intestinale herniée et l'impossibilité de nouvelles tentatives de réduction.

« Incision circulaire au bistouri à l'union du col et de l'isthme de l'utérus, et surjet du pourtour incisé avec le catgut n° 4. »

INVOLUTION UTÉRINE

L'involution utérine est l'ensemble des modifications anatomiques qui se passent dans la matrice après la terminaison de l'accouchement, elle est terminée lorsque l'utérus a repris sa structure normale.

On peut par le palper seul suivre pour ainsi dire pas à pas la régression de l'utérus ; généralement le lendemain de l'accouchement son fond dépasse l'ombilic, le 2e jour il arrive au niveau de ce dernier, le 9e jour il est à trois travers de doigt au-dessus du pubis et vers le 12e jour il affleure le bord supérieur de la symphyse pubienne. Pendant les deux ou trois premiers jours, l'état de réplétion ou de vacuité de la vessie a la plus grande influence sur la hauteur apparente de l'utérus et sur sa situation, aussi est-il absolument nécessaire de ne pratiquer son exploration qu'après une miction.

Cette surveillance de l'involution n'a pas seulement un intérêt de pure curiosité, elle permet d'apprécier dans une certaine mesure la part qui revient à l'utérus dans des suites de couches fébriles, ou encore, si l'on n'a pas assisté à l'accouchement, de soupçonner la présence de cotylédons retenus dans la cavité utérine.

En général, toutes les fois qu'il y a infection utérine, l'utérus reste plus gros que ne le comporterait le nombre de jours écoulés depuis l'accouchement, sa consistance est aussi moins ferme, comme pâteuse, on le délimite moins bien. Quand des débris placentaires importants sont retenus dans la matrice, celle-ci reste volumineuse, d'autant plus qu'il se forme des caillots plus ou moins gros.

Lorsque l'utérus est rentré dans le petit bassin, il faut recourir au toucher combiné au palper pour bien apprécier ses caractères ; on peut alors constater parfois l'existence de déviations, de flexion, d'abaissement de l'organe et de béance anormale du col dans lequel le doigt pénètre avec facilité.

Les flexions ne sont souvent que la reproduction d'un état préexistant à la grossesse, elles peuvent avoïr une conséquence sérieuse, la rétention des lochies accompagnées d'élévation de température.

Six semaines après l'accouchement, l'involution utérine doit être complète, l'organe a perdu sa forme globuleuse et repris son aspect piriforme habituel. Quand il reste gros et plus ou moins globuleux, on dit qu'il y a sub-involution, état qui s'accompagne d'ordinaire de pesanteur et de tiraillements dans la zone génitale et dans la région lombaire, d'hémorragies plus ou moins abondantes et de leucorrhée ; il y a souvent infection locale, il est même probable que cette infection persistante est la cause de la sub-involution. Enfin, plus rarement, on peut rencontrer un état de superinvolution ; l'utérus est comme atrophié, il retourne au type pubescent, les règles s'appauvrissent. La stérilité est la conséquence habituelle de cet état.

Traitement. — Il ne saurait être question ici que du traitement des anomalies de l'involution utérine ; cependant, on doit exercer sur elle une surveillance active et la favoriser par une hygiène bien comprise du post partum.

Nous supposons a priori que l'accouchement a été aseptiquement conduit, que la délivrance a été complète. Dans ces conditions, le premier problème qui se pose à nous est celui

du lever de l'accouchée, question qui a été discutée à plusieurs reprises dans ces derniers temps. Le lever doit-il être précoce ou tardif? Sans hésiter, nous dirons qu'il faut se garder d'être systématique, la réponse à donner dépend : 1° de l'importance relative du traumatisme obstétrical ; 2° de la rapidité de l'involution utérine ; 3° des conditions sociales de l'accouchée ; 4° de la marche de la température pendant les suites de couches. Nous déconseillons de faire lever les femmes avant le neuvième jour, nous ne jugeons pas nécessaire de les maintenir au lit plus de 15 jours dans les cas absolument simples et exempts de toutes complications. Mais n'est-ce pas là avant tout affaire de bon sens, de tact et d' « espèce » ?

Toutefois, nous ne prétendons pas que l'accouchée doive rester immobile sur le dos dans son lit, comme un blessé en état de khocs. Cette immobilité dans le décubitus horizontal n'a sa raison d'être que dans l'anémie grave post hémorragique, il est inutile de la faire conserver plus de douze heures après un accouchement simple. Il y a, au contraire, tout avantage à mettre le plus vite possible la femme dans l'attitude demi-assise favorable à l'écoulement lochial et nous estimons très utile de lui faire exécuter dès le quatrième jour des mouvements étendus de flexion, d'extension et de circumduction des membres supérieurs et inférieurs, deux ou trois fois par jour à raison de cinq à dix mouvements chaque fois, d'abord passifs, puis actifs, puis même avec opposition graduée. Non moins utiles nous paraissent les mouvements qui consistent à prendre alternativement la position assise, puis couchée alternativement ; on peut encore, la patiente étant à plat sur le dos, lui faire dresser le plus verticalement possible les deux membres inférieurs accolés. Ces deux dernières catégories de mouvements ont le double avantage de fortifier la sangle abdominale et de lutter contre la constipation.

Lorsqu'il y a subinvolution liée à de l'infection, à de la rétention cotylédonaire ou membraneuse ou à de la coudure

utérine, c'est contre ces différentes causes que le traitement doit être dirigé. Quand malgré tout l'utérus reste gros, pesant et douloureux, on trouve dans les injections à 45°, prolongées et répétées trois frois par jour, une ressource thérapeutique précieuse, nous ne conseillons pas de dépasser cette température de 45°, car nous avons observé avec des injections à 48-50° de véritables brûlures du vagin.

Ultérieurement et suivant les cas un curettage, une cure hydrominérale viendront compléter le traitement. Il faut conseiller les eaux chlorurées sodiques chaudes en bains et en injections, celles de Salies-de-Béarn, de Biarritz sont particulièrement indiquées.

Le massage et la gymnastique gynécologique à la manière de Brandt sont le meilleur traitement à appliquer aux déviations, aux flexions utérines, au prolapsus post-partum, nous ne pouvons que renvoyer sur ce sujet aux traités spéciaux. Ce n'est qu'après l'échec de cette très puissante thérapeutique que l'on se décidera à recourir aux traitements chirurgicaux, à moins que des délabrements étendus du plancher périnéal n'imposent d'emblée une intervention dont le moment de choix est environ deux mois après l'accouchement.

Quant à la superinvolution, elle est peu accessible à la thérapeutique ; il nous semble que le mieux serait de tenter en pareil cas l'opothérapie ovarienne surtout s'adressant aux extraits de corps jaune, car ce dernier semble bien avoir une action trophique sur l'utérus.

ISCHIO-PUBIOTOMIE

L'ischio-pubiotomie ou opération de Farabeuf a pour but d'obtenir un agrandissement du détroit supérieur dans le bassin oblique ovalaire. Elle consiste à scier verticalement, du côté correspondant à l'ankylose sacro-iliaque, l'arc antérieur du basssin (ischion, branche horizontale du pubis) et à détruire avec soin toutes les parties fibreuses (arcade cru-

rale, membrane obturatrice) qui pourraient s'opposer à l'écartement des os sectionnés.

Grâce à la mobilité de la symphyse sacro-iliaque du côté sain, les extrémités osseuses sectionnées peuvent s'écarter notablement; le bassin s'entr'ouvre et la tête fœtale peut franchir le détroit supérieur.

Cette opération a été pratiquée une seule fois sur le vivant, avec succès, par Pinard, le 7 novembre 1892. Elle ne s'est pas répandue. L'opération césarienne doit lui être préférée.

L'ischio-pubiotomie ne trouverait d'indication que dans les cas tout à fait exceptionnels où, pour une raison quelconque, l'opération césarienne ne pourrait être pratiquée.

KYSTE DE L'OVAIRE ET GROSSESSE

Savoir reconnaître un kyste de l'ovaire à côté d'un utérus gravide est, au point de vue pratique, d'une très grande importance, car, comme nous le verrons plus loin, la coïncidence d'une grossesse et d'une tumeur ovarienne peut être le point de départ de complications plus ou moins graves de l'une ou de l'autre, parfois même des deux, soit pendant la durée de la gestation, soit pendant l'accouchement, soit même pendant les suites de couches. Le diagnostic précoce commande dans la majorité des cas une intervention chirurgicale rapide, celle-ci prend à la fois les intérêts de la femme en la soustrayant à tous les dangers qui la menacent et qui pourraient nécessiter une intervention d'urgence, et ceux de l'enfant en donnant à la grossesse toutes les chances d'évoluer jusqu'à terme et en faisant disparaître une cause de dystocie qui peut lui être funeste au moment de travail.

Mais diagnostiquer un utérus gravide à ses débuts et un kyste ovarien n'est pas toujours chose facile, l'un masquant souvent l'autre; la tumeur kystique peut être reconnue et la grossesse ignorée ou réciproquement; l'utérus gravide et

la tumeur voisine peuvent être constatés, mais cette dernière peut être mal interprétée et être prise pour une grossesse extra-utérine, un fibrôme pédiculé, ou bien être considérée comme appartenant à un utérus gravide anormalement développé, malformé ou dévié (rétroversion par exemple).

Il est souvent nécessaire de pratiquer plusieurs examens avant d'être en état d'affirmer la coexistence de la grossesse et du kyste de l'ovaire. Quelquefois, même pour vaincre certaines difficultés tenant au sujet : contracture abdominale, défense musculaire, adipose de la paroi, le diagnostic ferme ne peut être posé qu'après avoir eu recours à l'examen pratiqué sous chloroforme.

En clinique, les faits se passent de la façon suivante : on est consulté ou bien pour une grossesse normale en apparence et c'est par hasard au cours de l'examen qu'on constate la présence du kyste, ou bien pour une grossesse qui paraît anormale, développement abdominal non en rapport avec l'âge présumé de la gestation, douleurs, phénomènes de compression, etc., ou bien encore parce que la femme a été frappée uniquement par une augmentation de volume du ventre accompagné ou non d'autres symptômes, et qu'elle ignore sa grossesse. Le mode d'examen sera toujours le même : interrogatoire, palper méthodique et ensuite toucher combiné au palper ; dans quelques cas on se verra obligé d'y ajouter le toucher manuel, qui sera toujours pratiqué sous anesthésie.

Plaçons-nous en présence du cas le plus fréquent, *une femme vient consulter parce qu'elle est en droit de penser qu'elle est enceinte :* tantôt il s'agit d'une grossesse au début (2 ou 3 mois), tantôt d'une grossesse plus avancée (au delà du 3e mois). L'attention peut être mise en éveil et le doute peut naître dès le début de l'examen, si l'on constate par la vue et par le palper un développement de l'abdomen qui n'est pas en rapport avec l'âge présumé de la grossesse : on voit et on sent par exemple une tumeur plus ou moins médiane occupant la cavité abdominale et remontant jusqu'à l'om-

bilic ou le dépassant. Cette tumeur est-elle constituée par l'utérus normalement ou anormalement développé? Oui, si on la sent se contracter sous la main qui palpe ; oui, si, par le toucher combiné au palper, on se rend compte que le col utérin occupe sa situation habituelle et que la portion pelvienne également distendue se continue directement avec la masse abdominale, que la fluctuation provoquée au niveau de la portion supérieure est transmise au segment inférieur. Le diagnostic sera encore plus facile si l'on constate du ballottement fœtal au niveau de la portion abdominale comme au niveau de la portion vaginale. S'agit-il au contraire d'un kyste ovarien coexistant avec une grossesse, on remarquera le plus souvent que le col de l'utérus n'occupe plus sa situation normale, il est déplacé tantôt latéralement, cas le plus fréquent, tantôt en avant ou en arrière ; du côté opposé au déplacement, on sent alors une tumeur plus ou moins régulière, rénitente, parfois fluctuante. Cette masse, dont il va falloir définir la nature, n'est pas toujours abdominale, elle est parfois uniquement pelvienne et occupe habituellement une situation postérieure, ce qui est le cas des kystes dermoïdes, les plus fréquents des kystes ovariens coïncidant avec une grossesse. Ainsi placée cette tumeur refoule l'utérus en avant et en haut, et elle a une consistence spéciale que nous définirons plus loin ; s'agit-il au contraire d'une tumeur kystique placée latéralement, accolée pour ainsi dire à un des bords de l'utérus qui est sur le côté, il faut penser au kyste para-ovarique qui reste inclus dans le ligament large.

Lorsqu'on est en présence d'une grossesse plus avancée (au delà du troisième mois), les deux tumeurs utérine et ovarienne sont d'ordinaire toutes deux abdominales, la palpation les délimite nettement dans la majorité des cas. Il existe entre elles une encoche ou un sillon ; leur consistance est différente, l'une d'elles renferme des petites parties mobiles et elle est susceptible de se contracter au cours de l'examen. Le toucher combiné au palper vient confirmer

l'indépendance de ces deux masses, ce qui permet d'éliminer la grossesse gémellaire avec hydropisie de l'un des œufs, l'utérus cordiforme avec développement plus accentué d'une des cornes.

Enfin, dans certaines circonstances, c'est au moment du travail que l'attention est attirée par la présence d'une tumeur occupant le cul-de-sac postérieur, il s'agit presque toujours dans ce cas d'un kyste dermoïde, qui s'est développé sans attirer l'attention pendant l'évolution de la grossesse.

C'est qu'en effet la gestation a une influence certaine sur les kystes de l'ovaire qui peuvent prendre pendant la grossesse un développement rapide et considérable au point d'occuper dans un espace de temps très court toute la cavité abdominale.

En dehors du retentissement sur l'utérus, que nous étudierons plus loin, il peut en résulter des phénomènes de compression vasculaire, d'où œdème plus ou moins accentué des membres inférieurs et même de la paroi abdominale ; nerveuse, d'où névralgies sciatiques ou lombaires tenaces ; viscérale, d'où constipation opiniâtre, grande difficulté de la miction, hydronéphrose. Les organes thoraciques, cœur et poumons, peuvent aussi être gênés dans leur fonctionnement par le refoulement du diaphragme soit par le kyste seul soit à la fois par les tumeurs ovarienne et utérine.

Les complications les plus graves surviennent au niveau du kyste lui-même et reconnaissent comme cause principale l'évolution de la grossesse. La plus fréquente est la *torsion du pédicule* du kyste, qui survient soit du deuxième au quatrième mois, soit au moment de l'accouchement ou pendant les suites de couches, c'est-à-dire aux périodes correspondant à des déplacements rapides de l'utérus. La torsion se produit tantôt brusquement, elle s'accompagne alors d'un tableau symptomatique bruyant, tantôt au contraire lentement, sournoisement, l'attention peut dans ces circonstances n'être attirée que tardivement.

Nous signalerons ensuite la *rupture* du kyste, spontanée ou traumatique, qui s'accompagne souvent de péritonite et même de mort subite. Plus rares sont les *hémorragies* intra-kystiques, les *poussées péritonitiques*, capables de produire des adhérences du kyste avec la paroi abdominale ou avec les viscères voisins, la *suppuration*, à laquelle prédispose la ponction.

Si la grossesse est capable de retentir sur le kyste, celui-ci a parfois aussi une influence néfaste sur la grossesse. En dehors des troubles qu'il détermine du côté des organes voisins et qui ont leur répercussion sur l'état général, le kyste peut empêcher le développement normal de l'utérus et favoriser la rétroversion, le prolapsus ou d'autres déviations, il peut soit pour les raisons précédentes, soit uniquement par sa présence être une cause d'avortement ou d'accouchement prématuré.

C'est surtout au moment de l'accouchement que la coïncidence de ces deux tumeurs peut avoir des conséquences graves.

Lorsque le kyste est tout entier abdominal, son action sur le travail est d'ordinaire nulle ou peu accusée, il peut tout au plus en augmenter la durée en affaiblissant l'effort par distension exagérée de la paroi ou par inclinaison de l'utérus. Mais il n'en est plus de même, lorsque le kyste est pelvien et qu'il présente un certain volume. Pour permettre l'accouchement par les voies naturelles il faut : ou bien qu'il subisse un mouvement d'ascension spontanée ou provoquée (refoulement), ou bien qu'il soit capable de se laisser aplatir, ou encore qu'il éclate ; on l'a vu également être refoulé par la présentation et apparaître à l'extérieur après avoir produit des délabrements vaginaux plus ou moins considérables. Ce sont là des éventualités sur lesquelles il ne faut jamais compter, nous ajouterons même qu'il ne faut jamais espérer, car elles ont souvent des conséquences graves immédiates ou tardives : nécrose, suppuration, etc. Tout kyste ovarien situé dans l'excavation et ayant un volume

suffisant pour empêcher le passage du fœtus doit au contraire être considéré comme une cause sérieuse de dystocie nécessitant une intervention par la voie abdominale.

Traitement. — La thérapeutique *idéale* des kystes de l'ovaire coexistant avec une grossesse ne peut être mise en œuvre que si le diagnostic est posé dans les premiers mois de la gravidité. A cette période, en effet, une seule conduite s'impose aussi bien dans l'intérêt de la mère que dans l'intérêt de la grossesse, et par cela même du fœtus : la *laparotomie suivie de l'extirpation du kyste.* Non seulement on met ainsi la femme à l'abri des nombreuses complications d'ordre général, phénomènes de compression vasculaire, nerveuse, viscérale, ou d'ordre local, inflammation et suppuration, rupture du kyste, hémorragies intra-kystiques, torsion du pédicule, péritonite, mais encore on fait disparaître un obstacle au développement de la grossesse et une cause de dystocie capable de jouer un rôle néfaste au moment du travail; mère et enfant ne peuvent donc qu'en bénéficier. Lorsque le diagnostic est fait plus tardivement, l'indication de l'ovariotomie n'est plus aussi précise; en tout cas, quelles que soient les circonstances, l'avortement et l'accouchement provoqué doivent toujours être rejetés.

PENDANT LA GROSSESSE

I. — *Kyste de l'ovaire diagnostiqué dans les six premiers mois.* — C'est la période qui permet de mettre en œuvre le traitement de choix idéal, c'est-à-dire l'*ovariotomie,* dont les résultats opératoires se sont améliorés dans les vingt-cinq dernières années à tel point que de 79,4 p. 100 de mortalité en 1886 (Rémy), on arrive seulement à l'heure actuelle à une mortalité de 2 p. 100. Quant à l'influence de l'opération sur la grossesse, elle est d'autant moins accentuée qu'on opère plus tôt : l'expulsion prématurée du fœtus est presque nulle dans les trois ou quatre premiers mois; elle est au contraire plus

fréquente, si l'intervention est faite dans les trois derniers, une fois sur deux en moyenne (Audebert).

II. — *Kyste de l'ovaire diagnostiqué dans les trois derniers mois.* — Pour les raisons que nous venons d'exposer, il paraît plus sage de s'abstenir pendant les derniers mois de la grossesse, surtout si le kyste est de petit volume ou s'il est stationnaire dans son évolution. L'intervention est absolument contre-indiquée, si le kyste situé dans la cavité pelvienne est adhérent, des manipulations dangereuses pour l'utérus seraient alors nécessaires, elle ne sera pratiquée qu'au moment du travail.

III. — *Il survient des complications.* — Que ces dernières se produisent au niveau du kyste, et nous y faisons rentrer le développement rapide, ou qu'elles soient dues à l'action de la tumeur sur les viscères avec lesquels elle entre en contact directement ou indirectement, et quel que soit l'âge de la grossesse, l'intervention s'impose. C'est encore à la laparotomie suivie de l'*ovariotomie* qu'il faut s'adresser, chaque fois qu'il est possible de les pratiquer. Mais s'il y a impossibilité matérielle d'opérer immédiatement et que cependant il y ait une urgence absolue à parer aux accidents et particulièrement aux troubles compressifs, on aura recours à la *ponction du kyste*. Il est bien entendu que ce procédé opératoire ne doit être considéré que comme intervention de nécessité et comme un moyen permettant de gagner du temps, l'ovariotomie devra être pratiquée dès qu'on aura pu réunir le matériel et les aides nécessaires.

IV. — *Précautions particulières à prendre au cours de la laparotomie faite pendant la grossesse.* — Avant l'opération il est prudent de pratiquer une injection sous-cutanée de morphine, 1 centimètre cube d'une solution à 1 p. 100 ; les mêmes doses seront injectées pendant les trois ou quatre jours suivants. Au cours de la laparotomie, il faudra éviter autant que possible la manipulation de l'utérus et les tractions sur le pédicule.

PENDANT LE TRAVAIL

L'influence des kystes de l'ovaire sur l'accouchement est bien différente suivant que la tumeur est tout entière dans l'abdomen ou qu'elle est contenue en totalité ou en partie dans la cavité pelvienne.

I. — Dans le premier cas, tumeur abdominale, elle ne crée presque jamais un obstacle grave à l'accouchement, et, en supposant qu'elle détermine une difficulté dans l'expulsion du fœtus par suite de l'obliquité ou de l'inertie de l'utérus, il sera toujours facile de recourir à une intervention simple pour extraire le fœtus, version ou application de forceps suivant les conditions obstétricales.

La laparotomie suivie de l'ovariotomie n'est indiquée dans ces circonstances que s'il survenait des troubles respiratoires ou cardiaques graves.

II. — Dans le cas où le kyste est en *totalité ou en partie seulement contenu dans l'excavation pelvienne*, il faut toujours se comporter comme si l'accouchement devait être impossible et par conséquent avoir tout prévu pour pratiquer rapidement une laparotomie au cours du travail. Il y aura même avantage à ne pas attendre, si l'on s'est assuré par un examen très attentif que le kyste a un volume suffisant pour s'opposer à la descente du fœtus, qu'il a contracté des adhérences l'empêchant d'être refoulé dans la cavité abdominale et qu'enfin il a une consistance ne lui permettant pas de se laisser aplatir. Intervenir hâtivement dans ces conditions fait courir moins de risques à la mère et à l'enfant que d'attendre d'avoir la main forcée.

Dans l'intérêt de l'un et de l'autre, il faudra en effet éviter l'extraction du fœtus par les voies naturelles chaque fois qu'elle n'est jugée possible qu'au prix de violences aveugles. Nous rejetons donc l'application de forceps et l'extraction manuelle, après ou sans version suivant la présentation, si ces modes d'extraction doivent entraîner des difficultés dan-

gereuses. Il est bien préférable à l'heure actuelle de recourir d'emblée à la laparotomie, si elle peut être pratiquée dans de bonnes conditions opératoires, soit pour lever l'obstacle, extirpation du kyste, soit même pour extraire l'enfant au moyen de l'opération césarienne suivie ou non de l'ovariotomie immédiate.

Malheureusement cette conduite idéale ne peut pas toujours être mise en œuvre, parce que le temps presse de terminer l'accouchement et que rien n'a été préparé en vue d'une intervention de cette importance. Aussi sommes-nous obligés de passer en revue d'autres procédés thérapeutiques qui peuvent rendre de grands services, mais qui ne doivent être considérés que comme des méthodes de fortune et comme un pis aller.

Nous rangeons dans cette catégorie le *refoulement* du kyste pratiqué au moyen de deux doigts ou de la main entière introduite dans le vagin et dans l'intervalle des contractions. Cette manœuvre, toujours douloureuse, ne sera tentée qu'après anesthésie; elle sera douce, lente et continue, elle peut être favorisée par la position de Trendelenburg. Si l'on réussit, il faut attendre que le pôle fœtal inférieur vienne boucher l'entrée du bassin avant de retirer la main, et souvent il y a avantage à terminer aussitôt l'accouchement à l'aide de la version ou d'une application de forceps.

Éprouve-t-on un échec, il reste comme dernière ressource dans cet ordre d'idée la *ponction* ou l'*incision* de la tumeur faisant saillie dans le vagin. Ces deux interventions seront précédées des soins antiseptiques d'usage : savonnage du vagin et grande irrigation. La ponction doit être préférée, mais elle ne donne pas toujours le résultat attendu, car le kyste est souvent multiloculaire ou renferme un contenu épais et même en partie solide (kyste dermoïde). On a bien conseillé dans ce cas de faire chauffer le trocart et de le maintenir à une température élevée au moyen d'injections vaginales ou de compresses imprégnées d'eau chaude, mais ces moyens sont souvent illusoires en pratique et c'est à l'*incision* qu'il

faut alors s'adresser. Celle-ci sera pratiquée au niveau du point le plus saillant et le plus déclive, on incisera d'abord la paroi vaginale, puis la paroi du kyste, le contenu sera évacué à l'aide du doigt ou d'une curette mousse, si le contenu est épais, et la poche sera ensuite largement irriguée. Dans le cas où il y a impossibilité de la disséquer de suite et de l'enlever, on fermera complètement la solution de continuité par des points de suture, les fils seront passés dans la paroi kystique et dans la paroi vaginale. L'obstacle étant levé, on laisse l'accouchement se faire spontanément ou on le termine par une intervention. Après la délivrance, on enlève un ou deux points de suture afin de placer un gros drain dans la poche ou de la bourrer avec de la gaze antiseptique, qui devra être renouvelée tous les jours, une large irrigation intra-kystique est pratiquée à chaque pansement. Dans le plus grand nombre de cas, une intervention radicale devra être pratiquée plus tard, soit à la fin de la période puerpérale, soit après le retour de couches. Parfois cependant l'incision suivie de marsupialisation a suffi pour amener une guérison lente, mais complète.

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que le cas où l'enfant était vivant ; lorsque celui-ci est mort et que le kyste s'oppose à son expulsion, la conduite à tenir est simplifiée. On cherchera à extraire le fœtus à l'aide d'une opération mutilatrice, basiotripsie, embryotomie, mais à la condition que les manœuvres ne fassent courir aucun risque à la mère, sinon il serait préférable de s'adresser également à la voie abdominale.

PENDANT LA DÉLIVRANCE

Il est rare que la présence d'un kyste ovarien ayant permis l'accouchement soit un obstacle à la délivrance ; cependant, lorsque l'expulsion du fœtus n'a été obtenue que par le refoulement spontané ou manuel de la tumeur, celle-ci peut venir reprendre sa place et empêcher la descente de l'ar

rière-faix. Dans ces conditions, il est nécessaire de le refouler de nouveau et de pratiquer en même temps la délivrance artificielle.

PENDANT LES SUITES DE COUCHES

On exagérera les précautions antiseptiques, car la présence du kyste peut entraver l'écoulement normal des lochies. Si l'accouchement s'est terminé avec conservation de la tumeur, il faut exercer une surveillance très attentive, car cette période ne met pas la femme à l'abri des accidents, elle prédispose même à quelques-uns d'entre eux comme la torsion de pédicule, l'inflammation et l'infection, par suite des traumatismes dont le kyste a pu être l'objet au moment de l'accouchement. Aussi des interventions d'urgence sont-elles parfois nécessaires pendant les suites de couches et il faut les pratiquer dès l'apparition des premiers symptômes annonçant une complication.

LAIT

Le lait est le produit de sécrétion de la glande mammaire dans laquelle il apparaît normalement après l'accouchement. Ses caractères physiques et organoleptiques sont trop connus pour mériter une description détaillée. Le point le plus intéressant à retenir à cet égard c'est que la couleur et le goût du lait peuvent être très modifiés par l'alimentation.

Chimiquement, c'est un liquide composé surtout d'eau contenant à l'état d'émulsion très fine une graisse spéciale : le beurre, à l'état de dissolution ou de suspension une matière albuminoïde : la caséine, à l'état de solution un sucre : le lactose ou sucre de lait. On y trouve en outre des sels minéraux, chlorure de sodium et phosphate de chaux, pour ne citer que les plus importants.

On verra plus loin la composition quantitative des divers laits.

Dans ces dernières années on a découvert dans les différents laits des diastases variées, la plus intéressante à signaler est une amylase qui existe dans le lait de femme et qu'on ne trouve pas dans le lait de vache.

Le lait constitue un aliment parfait pour le nourrisson de l'espèce animale correspondante, imparfait quand on le donne à une autre espèce, non seulement à cause des différences de composition chimique quantitative, dont on peut dans une certaine mesure corriger les écarts, mais encore par suite de différences de constitution moléculaire ou biologique dont l'analyse ne fournit pas toujours l'explication.

La sécrétion lactée dans les conditions habituelles est vraisemblablement provoquée par l'influence excitatrice de produits solubles émanant du corps de l'embryon en voie de développement, elle est sous la dépendance du système nerveux et le meilleur moyen de l'entretenir, de l'augmenter et parfois même de la faire naître consiste dans la succion fréquente, prolongée et énergique du mamelon, continuée avec persévérance pendant plusieurs jours au besoin. Encore est-il nécessaire que la glande mammaire (qu'il ne faut pas confondre avec le sein) existe anatomiquement.

Un point doit retenir tout spécialement l'attention du médecin, c'est l'altérabilité excessive du lait. Celui-ci, pratiquement aseptique à sa sortie des canaux galactophores, constitue un milieu de culture excellent dans lequel les micro-organismes ambiants se développent avec une rapidité incroyable en rapport surtout avec la température du liquide. Parmi ces microbes les plus dangereux sont les agents de la fermentation putride ; ils communiquent au lait des propriétés toxiques, que la stérilisation ne fait pas disparaître et qui malheureusement ne se trahissent pas toujours par un goût et une odeur désagréables.

De ce fait capital découle la nécessité de stériliser le lait

aussitôt que possible après sa sortie de la mamelle en évitant toutes les causes de pollution.

De là encore dérive l'obligation de nettoyer et de stériliser minutieusement les instruments que l'on est parfois obligé d'employer (à titre exceptionnel il est vrai) dans l'allaitement au sein : téterelles, bouts de sein, etc., causes si fréquentes du muguet.

Le lait de femme même peut dans certaines conditions, rares fort heureusement, être mal supporté par le nourrisson ; cela se voit surtout après un allaitement artificiel mal conduit ou simplement mal toléré, il se passe là un phénomène de sensibilisation grossièrement analogue à l'anaphylaxie, le lait devient toxique pour le nourrisson. Cette intolérance peut être primitive, mais c'est là un fait des plus exceptionnels.

Nombre de substances ingérées par la nourrice peuvent passer dans le lait et lui communiquer des propriétés utiles, nuisibles ou simplement désagréables, aussi est-il nécessaire d'indiquer les aliments qu'une nourrice doit éviter. Ce sont d'abord l'alcool et les boissons alcoolisées, le café, le thé, puis les aliments qui renferment des produits odorants plus ou moins volatils, comme l'ail, l'oignon, les choux et choux-fleurs, l'asperge, le cresson. Parmi les médicaments un grand nombre passent dans le lait : les opiacés, la quinine, l'iode et les iodures, les sels de mercure, pour ne nommer que les plus usuels.

Enfin il peut passer dans le lait des substances appartenant à la catégorie des toxines et des antitoxines, le lait des femmes typhiques par exemple agglutine le bacille d'Eberth.

Une question de haute importance pratique est celle du passage dans le lait des microbes pathogènes provenant de nourrices malades. Le bacille de Koch peut se rencontrer dans le lait des femmes tuberculeuses sans lésions cliniquement appréciables de la mamelle. On sait que le lait de chèvre est le meilleur agent de transmission de la fièvre de

Malte. Il est démontré que les microbes en général peuvent passer dans le lait à condition :

1° Qu'ils circulent dans le sang;

2° Que l'épithélium mammaire soit lésé.

Mais il est nécessaire de remarquer qu'il peut exister des lésions de l'épithélium mammaire impossible à déceler cliniquement.

LES LAITS

Après le lait de femme, les laits les plus employés pour l'allaitement des nourrissons sont d'abord le lait de vache, puis le lait de chèvre et enfin le lait d'ânesse.

Voici un tableau qui reproduit la composition moyenne de ces différents laits pour 1.000 grammes :

	Femme	Vache	Chèvre	Anesse
Caséine et albuminoïdes. . .	16	33	38	16
Beurre. . . .	35	37	45	18
Lactose. . . .	65	55	43	60
Sels.	2,5	6	7	5

On voit que le lait le plus rapproché du lait de femme par sa composition chimique est le lait d'ânesse, qui toutefois est pauvre en beurre.

Le plus éloigné est le lait de chèvre qui, par rapport au lait de femme, est surchargé de graisse et de caséine et pauvre en sucre. Le lait de vache est trop riche en albuminoïdes, sa teneur en lactose est un peu faible.

Il semble donc que si nous rangions les laits par comparaison avec le lait de femme, nous les classerions ainsi : lait d'ânesse, puis lait de vache et enfin lait de chèvre, cet ordre répond sensiblement dans la réalité à leur digestibilité décroissante. C'est donc à juste titre que le lait de chèvre est relativement peu utilisé, car il est rarement bien supporté.

D'autre part, le lait d'ânesse est extrêmement coûteux, l'ânesse ne donne que peu de lait et pendant une durée re-

lativement courte, aussi est-ce au lait de vache que l'on a le plus souvent recours pour l'allaitement artificiel.

On a cherché à modifier la composition centésimale du lait de vache par diverses manipulations, de façon à la rapprocher de celle du lait de femme. Comme il renferme deux fois plus de caséine que ce dernier, un procédé très simple se présente immédiatement à l'esprit : le coupage avec moitié d'eau qui donne les chiffres suivants :

Pour 1.000	Lait de femme	Lait de vache à 1/2
Caséine.	16	16,5
Beurre.	35	18,5
Lactose.	65	32,5
Sels.	2,5	3

Le lait ainsi coupé est pauvre en beurre et en sucre, mais l'addition d'une quantité suffisante de sucre (de 50 à 100 grammes par litre) lui rend de quoi fournir les calories perdues par la diminution proportionnelle du beurre.

En pratique, ce coupage de moitié n'est pas nécessaire, sauf pendant la première semaine. Le coupage au tiers suffit jusqu'au 4e ou 5e mois et, passé cette époque, on peut donner le lait pur légèrement sucré. Pour la dilution au tiers, il est bon d'employer de l'eau sucrée à 10 p. 100. Quand le lait est donné pur, on y ajoute 5 p. 100 de sucre, (voir article Allaitement).

Le sucrage du lait devrait être théoriquement réalisé avec du lactose ; en pratique on se trouve mieux d'employer le sucre ordinaire ou saccharose et de préférence le sucre de canne. Notons en passant qu'un morceau de sucre cassé à la mécanique pèse en moyenne 5 grammes. Il y a avantage à sucrer au lactose ou au sucre de canne, quand on désire obtenir un effet laxatif.

Nous venons de voir comment par le coupage il est possible de remédier aux inconvénients du lait de vache, mais on a cherché à faire mieux et à rendre aussi semblable que possible la composition du lait de femme et celle du lait de vache. De cette idée sont nés les laits dits humanisés et maternisés.

Lait humanisé (Winter-Vigier). — C'est du lait de vache coupé avec une sorte de sérum de lait obtenu : 1° en écrémant du lait ; 2° en précipitant la caséine par la présure. On conçoit que, suivant la richesse du lait à traiter, on peut par des dilutions convenables le ramener à la composition voulue. Toutefois ce lait est toujours pauvre en sucre.

Lait maternisé (Gærtner). — Le lait est d'abord coupé d'eau de façon à ce qu'il donne 18 grammes de caséine par litre. Il est alors placé dans un appareil à centrifuger, qui rassemble la graisse vers le centre. Grâce à un dispositif spécial de robinets, il est facile de recueillir à volonté le lait partiellement écrémé ou le lait riche en crème. On s'arrange de façon à avoir 35 grammes de beurre par litre. Le déficit en lactose est comblé après coup par addition directe du sucre de lait en quantité convenable. Ces laits, essayés en France par plusieurs pædiâtres, ne semblent pas avoir donné des résultats supérieurs à ceux du simple coupage, aussi sont-ils très peu employés.

Aux États-Unis, on prépare, d'après Morgan Roth, des laits sur ordonnance du médecin avec une teneur déterminée à volonté de caséine, de beurre et de lactose. Ces procédés semblent avoir peu de chance de s'acclimater chez nous.

Un des grands reproches adressé au lait de vache, c'est d'être d'une digestion difficile pour l'estomac du nourrisson, surtout à cause de la densité et du volume des caillots de caséine ; le lait de femme au contraire précipite dans l'estomac sous forme de grumeaux floconneux. Pour y remédier, on a proposé de faire des digestions artificielles du lait ou des précipitations artificielles de la caséine sous forme floconneuse.

Le lait Backhaus est un lait dont une partie a été soumise à l'action de la trypsine pancréatique et de la présure à 35° pendant 25 minutes. La caséine est transformée en propeptone soluble, et, après filtrage, on ajoute une quantité suffisante de crème et de lactose, puis on stérilise ce mélange.

Budin et Michel ont proposé de soumettre le lait à l'action d'une macération de pancréas de veau. Leur procédé est peu utilisable dans la pratique.

Toujours dans le but de rendre le lait plus digestible, on a utilisé le ferment lab ou présure. Ce ferment ajouté au lait tiède le coagule rapidement en un bloc gélatineux, il suffit alors de secouer le récipient ou de battre le caillot pour obtenir une sorte de crème liquide.

Enfin, on a publié dans ces derniers temps des résultats satisfaisants obtenus dans certains cas particuliers par l'emploi du lait en poudre.

En résumé, que faut-il retenir de ceci? C'est que, d'une façon générale, il y a intérêt à donner à l'enfant soumis à l'allaitement artificiel un lait ayant subi le moins de manipulations possible; le coupage et le sucrage, selon les règles exposées à l'article *allaitement*, suffisent dans la majorité des cas. On sera amené à faire usage de laits industriellement modifiés, voire même digérés, par tâtonnements en quelque sorte, sans que l'on puisse affirmer que tel enfant tolérera et digérera bien telle espèce de lait. D'ailleurs avant de se lancer dans ces essais, il sera bon de s'assurer que l'allaitement est conduit d'une façon irréprochable, que le lait fourni est de bonne qualité et que toutes les précautions ont été prises pour assurer sa parfaite conservation. S'il n'est pas niable que la dyspepsie des nourrissons les achemine souvent vers la gastro-entérite, il n'est pas moins certain que cette dernière est le plus habituellement primitive et que *sa cause déterminante réside dans l'ingestion d'un lait contenant des microbes ou des toxines microbiennes.*

Ceci nous amène à parler de la *stérilisation du lait.*

Le lait destiné à l'alimentation des jeunes enfants ne doit contenir ni toxines microbiennes, ni microbes vivants, nous ne saurions trop le répéter. Le lait, dans lequel les espèces microbiennes ont pullulé, reste dangereux même après la stérilisation.

Donc, autant que possible, la stérilisation devra être pratiquée aussitôt après la traite. L'observation de cette prescription prend une importance toute particulière pendant la saison chaude où en l'espace de quelques heures le lait peut renfermer des milliards de germes par centimètre cube.

Les laits stérilisés industriellement offrent à cet égard des garanties sérieuses qui doivent conduire à les préférer pendant les mois les plus chauds de l'année, ils sont en effet recueillis proprement et stérilisés très peu de temps après la traite.

Cette stérilisation rigoureuse est obtenue en chauffant le lait à la température de 108-110° centigrades pendant un temps suffisant (15 à 20 minutes). Ce lait est dit surchauffé, puisque le point normal d'ébullition de ce liquide est voisin de 101°, il offre cette particularité que le beurre tend à se rassembler à sa surface en masses d'aspect huileux, ce qui présente par contre l'avantage de pouvoir le dégraisser aisément avec une simple cuiller dans le cas où l'on veut donner à l'enfant un lait relativement « maigre ».

Mais c'est là un mode d'emploi exceptionnel; dans la majorité des cas on préfère avoir un lait « complet », ce qui a amené l'industrie à préparer des laits dits fixés ou homogénéisés, dans lesquels le beurre conserve la forme crémeuse avec la digestibilité inhérente à cette dernière.

La stérilisation à domicile est facile à réaliser soit par ébullition, soit par chauffage au bain-marie. Il est important de se rappeler que cette stérilisation n'est pas absolue, les spores microbiennes résistant aux températures de 100 et 101°. De là cette conclusion pratique que toute provision de lait stérilisé à domicile doit être consommée dans les 24 heures au maximum (même si les flacons n'ont pas été débouchés).

La stérilisation par ébullition du lait a l'avantage de pouvoir être réalisée dans les milieux les moins fortunés. Il faut placer le lait dans un récipient toujours trop grand, parce qu'il monte, et se souvenir que quand il monte il ne

bout pas encore; aussi faut-il faire tomber cette mousse avec une cuiller très propre et attendre l'ébullition tumultueuse, qui succède à la montée. Dix minutes d'ébullition donnent une garantie suffisante.

La provision de lait ainsi bouillie est gardée dans un endroit frais et à l'abri des poussières.

Toutes les fois que cela est possible, il est commode de se servir de l'appareil Soxhlet, qui n'est en somme qu'un bain-marie dans lequel on place les biberons tout préparés et bouchés avec des petits couvercles de caoutchouc en forme de clous. On trouve dans le commerce des appareils de 8 et 12 bouteilles. Ce dernier modèle est préférable, car il peut y avoir des bouteilles à rejeter par suite de stérilisation imparfaite. Celle-ci s'obtient en portant l'eau du bain-marie à l'ébullition et en l'y maintenant 25 à 30 minutes, temps suffisant.

Lorsque les bouteilles sont bien stérilisées, l'opercule de caoutchouc adhère fortement au goulot et présente une cupule due à la pression atmosphérique ; de plus, quand on donne un coup sec avec la paume de la main sur le fond de la bouteille, le lait projeté violemment vers l'opercule sans air interposé produit un claquement sec (marteau d'eau).

Il faut abandonner les bouteilles ne présentant pas ces caractères ou tout au moins le premier, qui saute aux yeux.

Avant de donner un des biberons, il faut toujours goûter le lait et le sentir, qu'il s'agisse de lait industriel ou de lait stérilisé à domicile, et rejeter celui qui présenterait une mauvaise odeur, un goût désagréable, amer ou acide, celui enfin qui « aurait tourné » pendant la stérilisation, indice certain du développement des fermentations lactiques.

LAVAGE DE L'ESTOMAC

Chez le nourrisson, le lavage de l'estomac est indiqué dans certaines formes de gastrite, particulièrement dans les vomissements acides.

On emploie soit une sonde urétrale de Nélaton (n° 25 filière Charrière), à l'extrémité évasée de laquelle on adapte un entonnoir de verre, soit un laveur spécial, comme celui de Guinon, qui se compose d'un tube de caoutchouc terminé par un réservoir.

L'enfant est maintenu par un aide dans la position assise. L'instrument destiné au lavage ayant été stérilisé par l'ébullition, l'opérateur introduit l'index gauche dans la bouche du bébé et déprime la langue; le tube, tenu de la main droite et enduit d'une très légère couche de vaseline ou d'huile stérilisée, est poussé lentement vers l'arrière-bouche. Il descend de lui-même dans l'œsophage et aborde l'estomac après 10 centimètres de pénétration. Lorsque le tube a été construit pour cet usage, il porte un indice constitué par un trait rouge; au moment où celui-ci aborde l'arcade dentaire, l'extrémité du tube est dans l'estomac.

On remplit alors l'entonnoir d'eau bouillie tiède ou d'eau de Vichy, et on l'élève lentement au-dessus de la tête de l'enfant. Le liquide disparaît peu à peu ; quand l'entonnoir est presque vide, on l'abaisse et on le renverse au-dessus d'un seau ou d'une cuvette. Le tube faisant siphon, le contenu stomacal s'écoule au dehors. La même manœuvre peut être répétée plusieurs fois de suite et l'on s'arrête lorsque le liquide ressort clair ; à ce moment le tube est enlevé.

LAVAGE DE L'INTESTIN

Le lavage de l'intestin est une opération qu'on est assez souvent appelé à pratiquer en obstétrique, soit chez la femme, soit chez le nourrisson.

Chez la femme enceinte il est indiqué dans un grand nombre de manifestations de l'auto-intoxication gravidique : albuminurie, vomissements, éclampsie, etc., et dans les accidents stercorémiques.

Chez le nourrisson, sa principale indication est l'entérite.

qu'on rencontre fréquemment au cours de la période de l'allaitement, et particulièrement de l'allaitement artificiel. Le lavage rend dans ces cas de grands services en débarrassant l'intestin des micro-organismes et des matières putrescibles qui entretiennent ces derniers.

Chez l'adulte on se sert du laveur d'Esmark ou d'un simple entonnoir adapté à un tube de caoutchouc dont l'autre extrémité sera reliée à une canule en caoutchouc souple et épaisse, longue de 30 centimètres.

Le sujet est couché sur le côté droit, la canule vaselinée est introduite à 25 centimètres environ de profondeur, le liquide (eau bouillie, eau alcaline, sérum artificiel) est alors versé dans le récipient. Celui-ci est élevé à une hauteur moyenne de 60 centimètres ; il ne faut jamais dépasser 1 mètre de pression. Cette dernière devra du reste être réglée sur la rapidité d'écoulement du liquide, qui doit être lente ; un litre doit mettre au moins dix minutes pour passer dans l'intestin. La quantité de liquide est de 2 litres, si l'on veut remplir tout le gros intestin.

Chez le nourrisson, on emploie soit une sonde urétrale de Nélaton (n° 25, filière Charrière), à laquelle on adapte un petit entonnoir de verre, soit un appareil spécial, le laveur de Guinon par exemple.

Le liquide est le même que chez l'adulte, mais la quantité varie de 200 à 600 grammes suivant l'âge.

L'enfant est couché sur le côté droit, les membres inférieurs légèrement relevés et maintenus par l'aide sur les genoux duquel il est placé. La canule de caoutchouc, dont l'extrémité est huilée, est enfoncée de 15 à 20 centimètres, un indice tracé sur le tube indique le moment où il faut arrêter l'introduction dans les tubes destinés à cet usage. Le réservoir rempli du liquide tiède est élevé à une hauteur de 20 centimètres en moyenne pour obtenir un écoulement lent et une faible pression. Lorsque le récipient est presque vide, il est abaissé rapidement et renversé au-dessus d'un seau ou d'une cuvette ; le tube faisant siphon, le liquide s'écoule

au dehors. Lorsque tout le liquide s'est écoulé, le réservoir est rempli et élevé pour introduire une nouvelle quantité de liquide dans l'intestin, puis il est abaissé comme précédemment. On doit continuer ainsi jusqu'à ce que le liquide ressorte absolument clair.

LAYETTE

Le médecin est parfois consulté pour indiquer à la future maman la composition de la layette. Celle-ci doit comprendre pour le premier âge :

I. — *Habillement classique.*

Trois douzaines de couches.
Une douzaine de carrés spongieux.
Quatre langes de coton.
Trois langes de laine.
Six ceintures de flanelle.
Quatre chemises.
Quatre brassières de piqué.
Six fichus.
Une douzaine de bavoirs.

II. — *Habillement dit à l'anglaise.*

Les langes disparaissent dans ce mode d'habillement, ils sont remplacés par :

Une douzaine de culotte de flanelle ou de piqué.
Six paires de bas.
Six paires de chaussons.
Trois robes de flanelle.
Trois robes de lingerie.

Le premier âge comprend les deux ou trois premiers mois suivant le volume de l'enfant ; le deuxième âge va de trois

mois à sept ou huit mois, et le troisième âge de huit à seize ou dix-huit mois.

Pendant le deuxième et troisième âge, il faut augmenter le nombre des brassières, qui doit être porté à six environ, et des culottes (une douzaine et demie).

LEUCORRHÉE GRAVIDIQUE

La leucorrhée est fréquente chez la femme enceinte ; elle est même dans bien des cas fonction de la grossesse. Elle est due à l'hypersécrétion des glandes génitales et à la desquamation exagérée de la muqueuse vaginale. Dans ces conditions, elle doit être considérée comme une fonction normale et ne réclame aucune thérapeutique ; de simples soins de propreté, lavages vulvaires à l'eau bouillie, suffisent.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, les femmes qui ont, en dehors de leur grossesse, de l'infection vaginale ou cervicale, peuvent, sous l'influence de la gravidité, présenter des écoulements anormaux, soit par leur aspect, soit par leur abondance.

Le liquide leucorrhéique normal, qui s'écoule au niveau des organes génitaux externes, est blanchâtre ou jaunâtre, épais, il empèse le linge et ne présente aucune odeur. Lorsqu'il devient purulent, verdâtre, plus ou moins fétide, il s'accompagne le plus souvent d'érythème et de prurit au niveau de la vulve et de la face interne des cuisses. Il s'agit alors non plus de leucorrhée, mais d'un écoulement pathologique qu'il faut traiter.

La femme devra prendre deux fois par jour des injections tièdes de 2 litres d'eau bouillie dans laquelle elle mettra soit :

Permanganate de potasse. . . . . 1 gramme

soit :

Liqueur de Labarraque. . . . . 2 cuillerées à soupe.

La canule sera en verre et son extrémité percée de plusieurs trous latéraux ; le bock à injection sera placé à un niveau peu élevé, 50 centimètres environ.

LOCHIES

Les lochies sont constituées par l'écoulement génital qui se produit chez toute femme nouvellement accouchée pendant la période des suites de couches.

Pour dépister les anomalies diverses qui surviennent dans les lochies, il est nécessaire de connaître les caractères appartenant aux lochies normales. Celles-ci, en effet, doivent être examinées par le praticien à chacune de ses visites ; toute modification constatée doit être interprétée ; de cette interprétation dépendent non seulement le diagnostic, mais encore la thérapeutique.

Dans les jours qui suivent l'accouchement, le liquide s'écoulant des organes génitaux est constitué par du sang pur, aussi est-il franchement rouge et inodore. Dès le troisième jour, il pâlit et devient séro-sanguinolent, puis la teinte rose disparaît et les pansements vulvaires sont souillés par un liquide plus épais d'abord grisâtre, ensuite blanchâtre. Ces lochies diminuent, mais elles peuvent persister d'une façon intermittente jusqu'à l'époque du retour de couches. Il n'est pas rare au cours de la troisième semaine de voir réapparaître un écoulement sanguin, habituellement peu abondant, mais pouvant durer deux ou trois jours. C'est le *petit retour de couches*.

L'*odeur* des lochies, dont on doit se rendre compte à chaque visite faite à l'accouchée, est fade ; cependant dans certains cas non pathologiques, cette odeur est assez accusée sans être fétide. Ce caractère se rencontre chez certaines femmes, dont l'écoulement menstruel, d'après les renseignements fournis par elles, dégage toujours une odeur forte, particulièrement chez les rousses.

La *quantité* des lochies perdues pendant les suites de couches varie journellement ; peu abondantes et parfois nulles un jour, elles s'écoulent plus abondamment le lendemain. C'est habituellement à partir du dixième jour que cette irrégularité se produit. Pendant la première semaine, l'écoulement doit être continu ; si l'on constate une interruption ou une suppression, il faut en rechercher la cause, flexion de l'utérus, distension vésicale, et la combattre. La rétention en cavité close crée en effet une prédisposition à l'infection, car ce liquide, constitué par du sang, des débris de caduque, des cellules déciduales et des globules blancs, est un excellent milieu de culture ; d'autre part, l'obstacle suffisant pour empêcher un liquide de s'écouler ne l'est pas pour s'opposer à l'ascension des nombreux micro-organismes, qui existent normalement dans le vagin et dans le col utérin.

La diminution ou la suppression de l'écoulement lochial d'ordre pathologique s'accompagne d'un arrêt dans l'involution de l'utérus qui reste gros et mou et qui est d'ordinaire douloureux. Ces différents signes coïncident presque toujours avec des manifestations infectieuses générales. Dans d'autres circonstances les lochies se caractérisent par leur abondance ou par leur persistance. C'est ainsi que l'écoulement sanguin des premiers jours peut durer beaucoup plus longtemps sous l'influence de perturbations générales, d'affections cardiaques, rénales ou hépatiques, mais la cause la plus fréquente est la rétention dans l'utérus de débris placentaires ou membraneux.

Dans ce cas on constate, en même temps que le suintement sanguin, séro-sanguinolent ou même purulent, un utérus dont le volume est resté considérable et un col entr'ouvert, signes qui constituent l'indice d'une rétention intra-utérine.

La durée anormale de l'écoulement sanguin se rencontre aussi dans des traumatismes obstétricaux, déchirure ou sphacèle du col et du vagin, dans l'insertion du placenta sur le

segment inférieur et enfin dans certaines affections locales, fibromes sous-muqueux, néoplasmes du col.

C'est particulièrement après l'avortement et après l'expulsion incomplète d'une môle hydatiforme qu'on observe des pertes sanguines continues et persistant pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois. Leur importance séméiologique est considérable, car, si l'utérus n'est pas débarrassé par le curage ou le curettage des débris ovulaires qui continuent à y vivre, il peut devenir le point de départ d'une affection grave, le déciduôme malin.

A côté des modifications portant sur la quantité des lochies, il faut placer les modifications dans leur *couleur*, leur *odeur* et leur *consistance*, ces caractères sont habituellement associés.

Leur coloration anormale, roussâtre le plus souvent, mais quelquefois noirâtre ou verdâtre, leur aspect puriforme, leur odeur fétide sont des signes qui avant toute réaction générale, hyperthermie, accélération du pouls, frissons, annoncent un début d'infection utérine ou cervico-vaginale. Lorsque le point de départ est utérin, ces altérations lochiales coïncident toujours avec un arrêt dans l'involution de l'utérus, avec de la mollesse de cet organe et souvent de la douleur spontanée ou provoquée dans toute la zone utérine et péri-utérine, fond et bords.

On a voulu, d'après la coloration et d'après l'odeur des lochies, tirer des conclusions au point de vue de la variété microbienne, cause de l'infection, mais ce sont là des questions plus théoriques que pratiques.

Quant à l'aspect macroscopique des lochies, il peut fournir des renseignements précieux pour adopter une ligne de conduite thérapeutique.

Si, en effet, les lochies renferment des débris membraneux ou placentaires, il y a une indication urgente à pénétrer dans la cavité utérine pour débarrasser l'endomètre des éléments étrangers qui y sont retenus.

L'examen microscopique des lochies, qui présente au point

de vue scientifique un intérêt indéniable, ne fournit aucun renseignement pratique. L'existence constatée de tel ou tel micro-organisme pathogène, anaérobie ou aérobie, ne permet pas de porter un pronostic sur l'évolution de l'infection en cours ou à son début : « Le polymicrobisme n'est pas plus un indice de gravité que le monomicrobisme n'est un gage de bénignité. »

Un jour viendra peut-être où les renseignements bactériologiques auront une grande valeur séméiologique, ce jour sera celui où chaque variété microbienne possédera son sérum anti-toxique.

LEVER DES ACCOUCHÉES

L'époque à laquelle une femme commence à se lever après l'accouchement est des plus variables suivant le milieu social auquel elle appartient. La femme du peuple, la paysanne surtout, ne reste que quelques jours au lit et il n'est pas rare qu'un médecin de campagne aperçoive, vaquant aux occupations du ménage ou lavant son linge, une femme à laquelle il a pratiqué trois ou quatre jours auparavant une application de forceps ou une version. Chez la femme du monde, le lever est beaucoup plus tardif, il a lieu en moyenne vers le vingt et unième jour qui suit l'accouchement, et on peut dire que chez elle les trois septenaires de repos au lit sont la règle.

Cependant, à l'imitation des gynécologues qui font lever leurs opérées plus tôt qu'autrefois, les accoucheurs ont tendance actuellement à abréger le séjour au lit des accouchées. C'est surtout en Allemagne que cette pratique a été adoptée et, ainsi que le démontrent les statistiques suivantes des accoucheurs allemands, beaucoup de femmes mettent pied à terre peu de jours après l'accouchement, parfois dès le deuxième ou troisième jour, sans qu'il paraisse en être résulté rien de fâcheux pour elles. Sur 1.000 femmes accouchées à la clinique de Küstner (Breslau), 600 se sont levées

de très bonne heure, quelques-unes dès le second jour après l'accouchement. La statistique d'Alvensleben (Kiel) porte sur 100 femmes, parmi lesquelles 3 se sont levées le premier jour après l'accouchement, 61 le second jour, 19 le troisième, 18 le quatrième. Sur 300 accouchées de Meyer (Marbourg), 3 se sont levées le troisième jour, 40 le quatrième, 137 le cinquième jour, 84 le sixième, 35 le septième jour. Kronig donne une proportion analogue : 41 p. 100 des femmes se seraient levées le troisième jour, 62 p. 100 le cinquième.

Lever précoce ne signifie pas marche précoce ni surtout reprise prématurée par la femme de son travail habituel. Les premiers jours on se contente de faire asseoir dans un fauteuil, une heure ou deux matin et soir, la femme sanglée dans un bandage abdominal. Lorsque la femme se sent suffisamment forte, elle commence à marcher dans la chambre, en augmentant chaque jour la station debout. Le port d'un bandage abdominal est indispensable dans le lever précoce si l'on ne veut pas s'exposer aux risques d'une éventration ultérieure avec toutes ses conséquences. Naturellement le lever précoce ne dispense d'aucun des soins antiseptiques nécessaires aux femmes récemment accouchées. De même il faut prendre matin et soir la température et le pouls, plus fidèlement encore que si la femme gardait le lit, car tout mouvement fébrile est une contre-indication absolue du lever.

Les partisans du lever précoce chez les accouchées lui reconnaissent de nombreux avantages. Il exercerait en premier lieu une influence salutaire sur l'intestin et la vessie. Chez les femmes qui se sont levées de bonne heure les fonctions digestives s'accomplissent mieux que chez les femmes alitées, l'appétit revient plus vite, la constipation, les troubles digestifs y sont beaucoup plus rares ; la rétention d'urine est exceptionnelle, aucune des femmes que Martin (de Berlin) a laissé se lever peu après l'accouchement n'eut besoin d'être sondée. Ces avantages sont indéniables ; nous voyons chaque jour l'appétit, jusque-là languissant, renaître chez certaines

accouchées dès qu'elles se lèvent, la constipation disparaître et les selles se produire spontanément et plus régulièrement. Chez certaines où il avait fallu recourir au cathétérisme vésical après l'accouchement, on voit la rétention d'urine cesser comme par enchantement dès qu'on permet à la femme de s'asseoir dans son lit.

Même remarque favorable en ce qui concerne la sécrétion lactée, celle-ci serait plus abondante chez les femmes qui se lèvent de bonne heure après l'accouchement. Ce fait est conforme à l'observation courante ; on voit souvent des femmes, dont la lactation est restée faible pendant leur séjour au lit, fournir une quantité de lait plus considérable et devenir excellentes nourrices à partir du moment où elles commencent à marcher et à sortir.

Enfin les femmes qui se lèvent de bonne heure ne présentent qu'exceptionnellement les syncopes, les vertiges, les raideurs articulaires, le défaut de souplesse et de force musculaires qu'on observe si souvent chez la femme demeurée longtemps au lit au moment où elle met pied à terre. Chez elles l'équilibre circulatoire n'a pas été troublé par la position horizontale longtemps conservée, leur vigueur musculaire est intacte ; aussi sont-elles beaucoup plus tôt rétablies.

Les adversaires du lever précoce l'ont accusé d'être l'origine de toute une série de complications plus ou moins graves : hémorragies, métrite, salpingo-ovarite, rétroversion de l'utérus, prolapsus génital, éventration, ptoses viscérales diverses. Ces accidents seraient dus à trois causes principales favorisées par le lever précoce : l'infection, la régression utérine incomplète, le défaut de tonicité de la paroi abdominale. Il est incontestable que chez les femmes qui se lèvent peu après leurs couches les complications utéro-annexielles sont fréquentes, mais tiennent-elles réellement au lever précoce et ne sont-elles pas plutôt la conséquence du défaut de soins chez la femme qui cesse de prendre aucune précaution du jour où elle quitte son lit et qui se trouve alors exposée à des contaminations de toute nature.

Le lever précoce ne semble pas avoir d'action défavorable sur l'involution de l'utérus, celle-ci serait aussi rapide que chez la femme qui est restée longtemps au lit. Les promoteurs du lever précoce prétendent même que, loin d'entraver la régression de l'utérus, la station debout la favorise en provoquant des contractions utérines et abdominales et des changements de position des organes qui réalisent un véritable massage de l'utérus, et en facilitant le drainage de cet organe qui s'effectue alors naturellement en vertu de la direction du conduit utéro-vaginal et de la pesanteur. L'utérus reprendrait plus rapidement son volume normal et les lochies, d'abord plus abondantes, ce qui s'explique par leur écoulement plus facile au dehors dans la station debout, ne tarderaient pas à diminuer notablement et seraient taries plus tôt. Il est certain que la position assise et la station debout favorisent l'écoulement des liquides hors de l'utérus ; dans certains cas de rétention des lochies, il suffit de faire asseoir la femme pour obtenir leur évacuation au dehors ; cependant, lorsque l'utérus est volumineux et mou, le lever hâtif est mauvais, car la position verticale peut déterminer une antéflexion forcée de l'utérus se terminant par une coudure brusque au niveau de son segment inférieur, d'où obstacle à l'écoulement des lochies.

Les déplacements de l'utérus, rétroversion, rétroflexion et surtout prolapsus, les ptoses viscérales diverses sont souvent attribués au lever trop prompt de la femme après son accouchement par suite d'une régression utérine encore imparfaite, du défaut de tonicité de la paroi abdominale et du plancher pelvien. A l'appui de cette opinion on cite ce fait incontestable que les prolapsus génitaux sont beaucoup plus fréquents chez les paysannes qui se lèvent peu de temps après leur accouchement que chez les femmes du monde qui demeurent longtemps au lit, mais on peut se demander si, chez les premières, la reprise hâtive des occupations et les travaux pénibles, auxquels elles se livrent et qui exigent souvent un effort musculaire considérable, n'est pas plus coupable que le lever précoce.

Il faut reconnaître aussi que la situation des accouchées n'est pas du tout comparable à celle des opérées au point de vue du lever précoce. L'appareil génital, les parois abdominale et pelvienne présentent chez les accouchées une laxité du tissu musculaire qui n'existe pas chez les opérées. Or, s'il est possible de suppléer par un bandage approprié à la faiblesse de la sangle musculo-aponévrotique de l'abdomen jusqu'à ce qu'elle ait repris sa tonicité, on ne peut remédier par le même moyen au relâchement du périnée et du plancher pelvien et l'on sait le rôle prédominant que leur affaiblissement joue dans la production du prolapsus génital.

En France le lever précoce des accouchées a été accueilli avec réserve. Ribemont-Dessaignes et Lepage font observer que les quelques avantages qu'il peut offrir ne sont pas en rapport avec les accidents graves qu'il peut provoquer. C'est qu'en effet le *lever des accouchées ne doit être ni hâtif, ni tardif, mais tempestif,* dépendant d'une foule de conditions qui en font varier la date suivant les circonstances et dont les principales sont : la manière dont s'est effectué l'accouchement, la marche des suites de couches, l'état de santé générale de la femme et par-dessus tout le degré de l'involution de l'utérus. Ce n'est que lorsque l'utérus est redevenu organe pelvien, c'est-à-dire lorsque son fond ne dépasse pas la symphyse pubienne que la femme sera autorisée à se lever, c'est-à-dire en moyenne du dix-huitième au vingtième jour. Lorsque la régression utérine est rapide, que l'accouchement a été facile, sans dégâts du côté du vagin et du périnée, que les suites de couches sont parfaites et qu'on a affaire à un sujet vigoureux, on peut devancer cette date et permettre le lever vers le quinzième jour. Au contraire, si l'accouchement a été laborieux, s'accompagnant d'une déchirure périnéale étendue ou périnéo-vaginale, si la regression utérine est lente, s'il persiste un écoulement sanguin et notable, des lochies abondantes ou de mauvais aspect, s'il y a lieu de redouter une infection latente, une phlébite, des complications annexielles ou péri-

utérines, on prolongera le séjour au lit de l'accouchée le temps nécessaire pour éviter toute crainte de complication. De même encore dans le cas où l'utérus a été distendu par une grossesse gémellaire, de l'hydramnios, des grossesses répétées et rapprochées, dans le cas de varices volumineuses...., etc.

Dans le but d'abréger le séjour au lit, il est bon de préparer la femme au lever en lui permettant graduellement de se tourner, puis de s'asseoir dans son lit, de faire des mouvements de flexion et d'extension des membres inférieurs. Bouchacourt fait remarquer que dans les maternités les femmes adoptent de bonne heure, sans autorisation du Chef de service, la position assise au moment des têtées et des repas sans qu'il semble en résulter pour elles aucun inconvénient. Il pense que « la station assise dans le lit avec occupation manuelle doit être autorisée et même conseillée dès la fin de la première semaine.

Il faut tenir grand compte pour fixer le moment du lever de l'état social de la femme ; la campagnarde vigoureusement musclée supporte mieux le travail de l'accouchement que la femme du monde ; chez elle les muscles reprennent plus vite leur tonicité normale, l'involution utérine est plus rapide, aussi peut-elle sans inconvénient se lever plus tôt que cette dernière. En pratique, du reste, il est bien difficile de retenir au lit une paysanne ou une femme du peuple au delà d'une dizaine de jours, encore beaucoup d'entre elles abrègent-elles ce temps de repos et sont-elles debout avant la fin de la première semaine qui suit l'accouchement.

De toute façon, lorsque la femme se sera levée peu après son accouchement, elle devra éviter les travaux fatigants, ceux qui demandent une grande dépense de force musculaire, la station debout prolongée, c'est malheureusement trop souvent le cas de la femme du peuple qui reprend toutes ses occupations ménagères. S'il persiste un écoulement utéro-vaginal, on recommandera à la femme de se garnir, de continuer les soins hygiéniques et antiseptiques

qui lui ont été donnés après son accouchement et, si possible, on continuera à lui faire prendre sa température matin et soir pendant plusieurs jours, car, ainsi que nous l'avons déjà dit, toute élévation de température est une contre-indication au lever et la femme doit reprendre aussitôt le lit. Dans les premiers temps qui suivront le lever, il est bon également de protéger la paroi abdominale contre tout effort à l'aide d'une sangle solide constituée par une ceinture ou improvisée à l'aide d'un bandage de flanelle ou d'une serviette.

Moyennant cette surveillance attentive et ces précautions, il est souvent possible, lorsque la femme est accouchée dans de bonnes conditions, d'abréger pour elle le temps habituel du séjour au lit.

MALADIES AIGUËS ET GROSSESSE

Lorsqu'une femme enceinte est atteinte d'une maladie infectieuse aiguë, cette maladie prend assez souvent un caractère de gravité qu'elle n'eût pas présenté en dehors de la gestation.

Toutefois il ne semble pas que l'état de grossesse rende les femmes plus sujettes aux maladies infectieuses; on a même prétendu qu'elle leur conférait une certaine immunité, au moins vis-à-vis de quelques maladies, la scarlatine en particulier.

En somme, la femme enceinte n'est pas plus exposée qu'une autre à contracter une maladie infectieuse, mais, si elle est atteinte, elle le sera en général plus sévèrement.

Les maladies aiguës peuvent avoir et ont fréquemment une action néfaste sur la grossesse et sur le produit de conception. Suivant l'époque de la gestation, on peut observer l'avortement ou l'accouchement prématuré, il est rare que le fœtus soit tué *in utero* par la maladie de sa mère sans être expulsé immédiatement ; le plus souvent il est expulsé vivant.

Il y a une corrélation incontestable entre la gravité de la maladie et la fréquence de l'expulsion de l'œuf. Sans vouloir exposer les diverses théories admises pour expliquer ce fait, disons que l'hyperthermie s'accompagne souvent d'expulsion prématurée du produit de conception, peut-être parce que hyperthermie est synonyme de maladie infectieuse grave. C'est ainsi que dans le choléra où l'on observe au contraire de l'hypothermie, les avortements sont particulièrement fréquents.

Dans les maladies aiguës l'accouchement est parfois accompagné ou suivi d'hémorragies plus ou moins importantes.

Le fœtus, quand il naît viable, peut être absolument indemne de la maladie maternelle, il peut même être immunisé contre elle (variole, vaccine). Par contre, il peut naître porteur des micro-organismes qui ont causé la maladie maternelle et dans ce cas deux éventualités sont possibles : 1° l'enfant naît malade ; 2° l'enfant reste en apparence bien portant et, au bout d'un temps variable, il présente des signes de maladie, puis guérit ou succombe. Enfin il peut naître guéri après avoir été malade *in utero*.

Ces différents faits ont été contrôlés par l'examen bactériologique et par l'observation.

L'enfant né avant terme dans ces différentes conditions est non seulement prématuré, mais en outre il est souvent un débile, un taré qui a de nombreuses chances de succomber et dont l'élevage devra être l'objet de soins particulièrement attentifs, mais malheureusement souvent infructueux.

Traitement.—La thérapeutique des maladies infectieuses aiguës pendant la grossesse reste dans ses grandes lignes ce qu'elle est en dehors de cet état. Toutefois, il sera bon en pratique de se garder de tout traitement par trop systématique et de se défier des médications violentes auxquelles un entourage prévenu n'aurait que trop de tendance à rattacher les complications d'ordre obstétrical : accouchement prématuré ou mort de l'enfant.

C'est ainsi que les bains par exemple ne seront prescrits qu'avec prudence et, pour peu que l'on ne sente pas l'entourage en confiance, seulement après consultation préalable. En tout cas, les bains très froids seront en général écartés, on leur préférera les bains frais à partir de 28° minimum. Les enveloppements froids seront souvent mieux acceptés et plus faciles à appliquer.

La femme enceinte supporte habituellement bien la saignée, les révulsifs, les purgations même très actives, l'entéroclyse, les injections sous-cutanées de sérum, la diète hydrique ou lactée.

En ce qui concerne les médicaments les plus usuels, on peut dire qu'aucun d'eux, sauf l'ergot de seigle ou ses dérivés, n'est contre-indiqué. La quinine, cependant, à moins d'indication formelle, sera donnée avec prudence, peut-être a-t-elle une action excitatrice sur la fibre utérine. Il faut surveiller attentivement le fonctionnement rénal et éviter les médicaments qui peuvent l'entraver.

Lorsque le fœtus est expulsé prématurément mais viable, il faut le traiter comme un prématuré quelconque, mais une question se pose : celle de son allaitement. Il semble que la meilleure conduite à adopter consiste à laisser la mère nourrir son enfant, à moins qu'elle n'ait une insuffisance notoire de la sécrétion lactée ou qu'elle ne soit dans un état grave. Le nourrisson est relativement peu exposé à contracter la maladie maternelle, peut-être parce qu'un certain nombre d'antitoxines passent dans le lait. Il va sans dire que la durée du contact entre le nourrisson et sa mère sera strictement limitée au temps nécessaire pour chaque tétée, l'enfant doit être aussitôt après déposé dans son berceau, à distance et, si possible, dans une autre chambre que la malade.

Si l'allaitement maternel est impossible, il faudra isoler l'enfant, et de préférence le faire allaiter par une nourrice.

Il est en général plus exposé à l'hypothermie qu'à l'hyper-

thermie, même quand il est congénitalement malade, aussi la couveuse est-elle particulièrement indiquée.

MALFORMATIONS UTÉRINES

Nous n'étudierons que les malformations compatibles avec la grossesse, ces malformations seules peuvent intéresser le praticien soit au point de vue du diagnostic, soit au point de vue de la conduite à tenir.

Ces variétés de malformations sont des anomalies de forme basées sur des vices de développement des canaux de Müller. Au nombre de deux, ceux-ci doivent s'accoler dans leurs trois quarts inférieurs et la cloison de séparation doit disparaître pour former une cavité unique qui constitue l'utérus en haut, le vagin en bas.

Si l'un des canaux de Müller s'arrête dans son développement, l'autre est chargé de donner naissance à l'utérus qui est alors *unicorne ;* quelquefois une corne rudimentaire s'ouvre au niveau de l'orifice interne du col. Si les deux canaux de Müller non fusionnés se sont développés séparément, il y a utérus *double ou didelphe* avec *vagin double.* La fusion des canaux peut ne se faire que dans la partie inférieure, il en résulte un utérus double au niveau du corps, mais il n'existe qu'un seul vagin et un seul col, *utérus bifide.* La jonction des deux canaux de Müller dans les trois quarts inférieurs de leur portion utérine détermine l'*utérus cordiforme* dans lequel le fond présente une dépression facile à percevoir par le palper.

L'accolement des deux canaux sans disparition de la cloison de séparation forme l'*uterus biloculaire, septus* ou *bipartitus.* Si la cloison ne persiste que dans la moitié supérieure, l'utérus est *semi-partitus*, son fond donne insertion à un éperon plus ou moins accusé étendu d'avant en arrière.

Une grossesse est possible dans les différentes anomalies

utérines dont nous venons d'indiquer l'origine embryologique, mais cela ne signifie pas qu'elle puisse toujours évoluer jusqu'à terme. La plupart d'entre elles sont caractérisées par une modification dans la forme extérieure et souvent dans la direction de l'utérus.

L'utérus unicorne est habituellement *fusiforme* et très incliné, son grand axe se dirigeant de haut en bas et de dehors en dedans ; il en est de même dans l'utérus double et dans l'utérus bifide lorsqu'un œuf occupe l'une des deux loges.

Dans ces cas, à côté de l'organe gravide se trouve une tumeur moins volumineuse, quoique hypertrophiée, qui peut être prise pour un fibrôme pédiculé ou pour un kyste. Parfois l'interprétation est différente, l'utérus vide augmenté de volume est considéré comme étant un utérus unique et l'utérus gravide est diagnostiqué grossesse extra-utérine, d'autant plus qu'il n'est pas rare de constater des pertes sanguines et quelquefois même l'expulsion d'une caduque provenant de l'utérus vide.

Cette erreur est constante, lorsque la grossesse se développe dans la corne rudimentaire qui avoisine un utérus dit unicorne. Croire à une grossesse extra-utérine dans ce cas est toujours une erreur bienfaisante, car elle commande l'intervention, seul moyen de mettre la femme à l'abri des complications qui la menacent, la rupture avec hémorragie. Cliniquement, en effet, ces grossesses développées dans une corne utérine rudimentaire doivent être considérées comme des grossesses extra-utérines, car les dangers courus par la femme sont les mêmes.

Toutes les malformations utérines sont des causes de mauvaise accommodation du fœtus et, par conséquent, de présentations dites vicieuses, siège et épaule ; les plus dangereuses à ce point de vue sont les malformations caractérisées par la présence d'un éperon divisant la cavité utérine en deux loges.

En pratique, les anomalies de l'utérus sont d'ordinaire

méconnues, car le plus souvent elles ne déterminent aucune complication ni pendant la grossesse, ni pendant l'accouchement.

On peut cependant constater de l'inertie par faiblesse du muscle utérin insuffisamment développé ; la même raison anatomique explique la rupture utérine qui peut se produire spontanément pendant la grossesse ou au cours des contractions du travail. Ces complications sont surtout l'apanage des utérus unicornes et des utérus doubles.

Traitement. — Chaque fois qu'une malformation utérine compatible avec l'évolution de la grossesse aura été diagnostiquée, il faudra exercer une surveillance rigoureuse pendant tout le cours de la gestation et particulièrement pendant les deux derniers mois. L'obliquité de l'utérus étant un obstacle à une bonne accommodation, on cherchera à la corriger par l'application d'une ceinture aidée d'un tampon d'ouate placé du côté de l'inclinaison.

Pendant le travail on agira de même et on surveillera la présentation ; on terminera l'accouchement par une version ou une application de forceps, suivant qu'il n'y a pas ou qu'il y a engagement, si les contractions utérines sont faibles.

Toute grossesse développée dans une corne rudimentaire et reconnue doit être traitée comme une grossesse extra-utérine.

MAMMITE DES NOUVEAU-NÉS

Dans les jours qui suivent la naissance, tantôt très rapidement, tantôt seulement pendant la troisième semaine, il n'est pas rare de constater aussi bien chez le garçon que chez la fille une augmentation de volume des glandes mammaires d'origine congestive. Celles-ci prennent la forme d'un disque induré, qu'on fait facilement glisser sur les couches profondes et dont les dimensions varient de 2 à 4 centimètres de diamètre. Il s'écoule souvent du mamelon un liquide blanchâtre, lactescent.

Pour faire disparaître cette poussée, il suffit de laver toute la région mammaire avec de l'eau boriquée chaude, de la recouvrir d'un petit carré de gaze stérilisée et d'appliquer ensuite un pansement ouaté compressif en se servant de bandes en crépon de laine.

Il faut se garder de faire l'expression des glandes comme le conseillent les matrones, car bien souvent cette manœuvre provoque de l'infection, qui peut aussi se produire spontanément.

Dans ce cas, les seins deviennent rouges, chauds et douloureux, il faut alors appliquer des pansements humides, tarlatane bouillie dans de l'eau boriquée et recouverte d'un taffetas chiffon. Si l'on constate de la suppuration, il faut faire une incision en évitant le mamelon et en dirigeant le bistouri suivant un des rayons du sein. On peut également recourir à la ponction à l'aide d'un trocart de moyenne dimension. Cette ponction sera suivie de l'injection dans le foyer d'une dizaine de gouttes d'argent colloïdal électrique à 1 p. 100. Une fine mèche de gaze est ensuite placée dans l'orifice, un pansement humide est appliqué et recouvert de ouate, permettant d'exercer une compression modérée. La guérison est d'ordinaire obtenue en quelques jours.

MASQUE DE LA GROSSESSE

Au cours de la grossesse on constate des pigmentations cutanées, la ligne brune de la paroi abdominale, les aréoles primitive et secondaire des seins sont les localisations les plus habituelles. Au niveau du visage elles déterminent parfois des modifications telles qu'elles constituent un véritable masque.

Ces taches pigmentées sont plus ou moins foncées suivant les sujets, l'intensité de la pigmentation est d'autant plus grande que la femme est plus brune. Elles apparaissent d'ordinaire vers le troisième ou quatrième mois de la gesta-

tion et persistent jusqu'à l'accouchement. A ce moment, elles commencent à s'atténuer, mais plusieurs mois sont souvent nécessaires pour les voir disparaître complètement; quelquefois même elles persistent pendant le reste de l'existence.

Le masque de la grossesse n'a aucun rapport avec le sexe de l'enfant; il est bien probable qu'il est d'origine glandulaire et qu'il est dû à une insuffisance des glandes surrénales.

Traitement. — Les résultats satisfaisants que nous avons obtenus avec l'opothérapie sont encore trop peu nombreux pour que nous puissions donner cette méthode thérapeutique comme certaine. Nous avons prescrit à un mois d'intervalle pendant quelques jours un des cachets suivants :

Extrait de capsule surrénale . . . . . . 0,25 centigr.
Pour un cachet.

MÉDECINE LÉGALE OBSTÉTRICALE

Un certain nombre de questions de médecine légale intéresse l'accoucheur; nous ne passerons en revue que les plus importantes et en particulier celles qui s'appuient sur des signes cliniques.

Un praticien peut être appelé à donner son avis sur l'existence d'une grossesse ; il peut également être désigné pour rechercher les traces d'un accouchement ou d'un avortement plus ou moins récents.

Ce sont là les deux questions les plus fréquemment posées, questions qui, pour être résolues, ont besoin de connaissances obstétricales approfondies.

I. — *Recherche de la grossesse.*

Chaque fois qu'on est commis pour rechercher s'il y a ou non grossesse, il faut avertir la femme qu'on se présente en

médecin, mais en médecin relevé du secret professionnel, puisqu'on a fait le serment de rapporter à la justice tout ce qu'on a entendu et constaté. L'intéressée doit donc être prévenue qu'elle peut ne pas répondre aux questions posées et ne pas se prêter aux examens médicaux.

L'interrogatoire n'a pas une très grande valeur, car les renseignements qu'il fournit sont souvent faux. La femme, en effet, dans le plus grand nombre des cas, a intérêt à tromper. C'est ainsi que la femme simulant une grossesse dira ne plus être réglée et cachera toute trace de sang s'écoulant des organes génitaux. Celle, qui nie toute grossesse, affirmera au contraire qu'elle a été réglée normalement tous les mois.

Toutes les réponses faites par l'inculpée devront être scrupuleusement notées, mais aucune conclusion ne peut en être tirée. L'examen clinique est seul capable de fournir des renseignements de valeur ; il n'est pas toujours facile à pratiquer, car la femme peut ne pas s'y prêter, aussi faut-il le faire très minutieusement. On examinera l'abdomen par l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation, puis les organes génitaux externes ou internes par la vue et le toucher, on terminera par les seins, qui seront inspectés, palpés et pressés pour rechercher le colostrum ; en un mot, on recherchera tous les signes physiques de la gravidité, sans en omettre un seul. On ne devra poser un diagnostic affirmatif que si l'on a *entendu nettement les bruits de cœur du fœtus ;* avant cette perception il n'est permis de conclure qu'à la possibilité d'une grossesse et non à la certitude.

II. — *Signes d'un accouchement récent.*

Une question médico-légale, qu'on peut avoir à résoudre, est de rechercher si une femme est récemment accouchée. De nombreuses circonstances peuvent rendre cette recherche nécessaire.

Reconnaître les traces d'un accouchement récent chez

une femme, qui a intérêt à le *dissimuler*, inculpation d'infanticide, avortement, suppression de part, etc., ou au contraire à le *simuler*, supposition d'enfant, n'est pas toujours facile. Les difficultés sont d'autant plus grandes que la date de l'expertise est plus éloignée de l'accouchement, elles dépendent également des antécédents obstétricaux ; certains signes, en effet, comme les lésions vulvaires qu'on peut considérer comme étant la règle chez une primipare, peuvent complètement manquer chez une femme qui a déjà accouché.

Au point de vue médico-légal, il nous paraît donc nécessaire d'établir deux catégories : d'un côté il s'agit d'une femme qui prétend n'avoir jamais eu de grossesse et qui est accusée d'accouchement ou au contraire qui dit être accouchée récemment alors qu'elle n'a jamais été enceinte. D'un autre côté, les mêmes accusations ou les mêmes prétentions peuvent se rencontrer chez une femme ayant accouché antérieurement.

La plupart des signes de l'accouchement récent sont communs aux deux variétés de femmes, ce sont eux que nous allons décrire tout d'abord.

L'examen doit être pratiqué sans parti pris avec douceur et avec méthode, il ne faut pas se contenter d'un signe même irréfutable, il est nécessaire de rechercher tous ceux que nos moyens d'investigation nous permettent de reconnaître et de les réunir tous dans le rapport.

Lorsqu'on aura à pratiquer le toucher vaginal, il ne faudra pas oublier qu'on peut être en présence d'une nouvelle accouchée, on devra par conséquent prendre toutes les précautions d'antisepsie exigées en pareil cas.

Examinons d'abord l'abdomen où sont réunis la plupart des signes, nous constaterons souvent une paroi abdominale affaissée et trop large en apparence, une raie brune sur la ligne médiane, des vergetures disséminées et plus ou moins nombreuses, les unes rougeâtres, les autres nacrées. Par le palper, nous nous rendrons encore mieux compte du

relâchement de la paroi abdominale qui semble trop étoffée et nous reconnaîtrons l'écartement des muscles grands droits à la partie moyenne de l'abdomen ; enfin nous sentirons, s'il s'agit d'un accouchement récent (moins de dix à douze jours), à travers la paroi le globe utérin. C'est là le meilleur signe, car tous ceux que nous avons énumérés précédemment peuvent manquer ; il n'est pas rare en effet de voir des femmes ayant de bons tissus ne présenter ni relâchement, ni vergetures au niveau de la paroi abdominale.

Avant de passer aux organes génitaux, il faut examiner les seins au niveau desquels on pourra constater une coloration brune, des vergetures de l'aréole, une circulation veineuse plus ou moins accusée, et parfois aussi une tension de toute la glande. Par la pression exercée à la base du mamelon, on fera sourdre quelques gouttelettes de lait, il est quelquefois nécessaire pour obtenir ce résultat de pratiquer d'abord un massage léger de la périphérie au centre de la glande mammaire.

Du côté des organes génitaux externes, on peut ne rien constater d'anormal si l'accouchement date de plusieurs jours et s'il s'agit d'une multipare. Est-on au contraire en présence d'une primipare, en écartant les petites lèvres on relèvera toujours des lésions importantes au niveau de la région hyménéale.

Il ne faut pas oublier que l'hymen n'est véritablement détruit que par le premier accouchement, le coït ne fait que créer une voie à la partie centrale du diaphragme, mais celui-ci n'en conserve pas moins ses attaches extérieures à la paroi vulvo-vaginale ; celles-ci ne cèdent qu'au moment du passage du fœtus. Cet éclatement de la périphérie de l'hymen se fait en différents points sous forme de solution de continuité irradiant le plus souvent soit du côté de la vulve, soit du côté du vagin, soit dans les deux directions. Elles se présentent alors sous forme de plaies ou de fissures si elles sont récentes, sous forme de cicatrices rosées ou blanchâtres, si elles sont plus anciennes ; quant aux dé-

bris hyménéaux, ils constituent ces petits bourgeons muqueux auxquels on a donné le nom de caroncules myrtiformes.

Comme autre signe d'accouchement récent dans cette région, nous devrons signaler les taches laissées sur le linge, qu'on devra rechercher sur le pan postérieur de la chemise, et l'aspect de l'écoulement qui existe toujours pendant la première semaine puerpérale.

Pour donner plus de poids aux conclusions qu'on devra formuler, il est nécessaire de recueillir dans le vagin le sang ou les lochies qui s'y trouvent afin de les examiner au microscope.

Par le toucher vaginal on doit se rendre compte : 1° de la consistance du vagin dont les parois sont molles et relâchées ; 2° du volume et de la consistance du col, qui est gros et mou et dont l'orifice externe perméable au doigt est souvent déchiré latéralement ; 3° du volume et de la consistance du corps utérin qui ne peuvent être appréciés qu'en combinant le palper au toucher.

La présence d'une encoche sur les bords du col utérin est considérée en médecine légale comme un signe certain d'accouchement antérieur ; il ne faudrait cependant pas, à notre avis, en tirer des conclusions aussi affirmatives. Dans deux cas récents nous avons senti par le toucher une véritable encoche sur la partie latérale gauche du col donnant l'impression d'une déchirure ancienne, alors qu'il s'agissait de deux jeunes femmes mariées depuis quelques mois et présentant de la métrite cervicale.

Le médecin expert aura parfois à se prononcer sur l'origine de certaines taches relevées sur le linge ou les vêtements portés par la femme ou trouvés à son domicile : il faudra savoir différencier les taches formées par des matières fécales ou par du sang de celles qui ont été déterminées par des lochies ou du méconium. Des examens microscopiques et chimiques sont alors nécessaires.

Enfin les traces d'un accouchement récent peuvent être

recherchées sur un cadavre. En plus des différents signes que nous venons d'exposer au niveau des seins, de l'abdomen, des organes génitaux externes et internes,nous aurons à notre disposition l'utérus tout entier dont nous devons d'abord décrire le volume, l'aspect extérieur, la consistance, le poids. Après l'avoir ouvert et avoir noté son épaisseur, nous examinerons sa cavité ; un liquide épais, de couleur variable et renfermant des débris membraneux, recouvre habituellement sa muqueuse ; après en avoir recueilli pour l'examiner au microscope, nous en débarrasserons la surface interne de l'utérus et nous constaterons qu'une certaine région est plus irrégulière, plus tomenteuse, c'est la zone d'insertion placentaire au niveau de laquelle on apercevra souvent de gros vaisseaux oblitérés par des caillots.

MÉDICAMENTS A ÉVITER

Pendant la grossesse il faut éviter de prescrire l'*ergot de seigle* sous toutes ses formes et la *quinine* ou ses dérivés. Il faut cependant faire une exception pour ce dernier médicament qu'on est obligé d'employer dans les accidents du paludisme.

Chez la femme qui allaite, on évitera l'alcool, l'aloès, l'arsenic, l'aspirine, le belladone, l'éther, l'opium, le ricin, le salicylate de soude, le sené et l'urotropine qui passent dans le lait et qui, par conséquent, peuvent déterminer des troubles chez le nourrisson.

MEMBRANES

I. — De la rupture prématurée et accidentelle des membranes.

Les membranes de l'œuf peuvent se rompre à toutes les périodes de la grossesse, mais la conduite à tenir est bien

différente suivant que cette rupture se produira avant l'époque de la viabilité du fœtus ou dans les trois derniers mois de la grossesse.

Nous avons déjà étudié ce qu'il convient de faire en présence d'un *avortement* inévitable, nous limiterons donc cet article à la rupture des membranes se produisant dans le dernier tiers de la grossesse et avant tout début de travail.

Cette rupture ne doit pas toujours être considérée comme un événement regrettable ; c'est au contraire dans certains cas un événement heureux qui met la femme à l'abri d'accidents graves. Dans l'insertion du placenta sur le segment inférieur par exemple, la rupture prématurée des membranes est souvent une sauvegarde contre des hémorragies. Or celles-ci, comme nous l'avons indiqué précédemment, peuvent mettre la vie en danger et nécessiter une intervention, qui n'est que la copie des moyens employés spontanément par la nature.

Nombreuses sont les causes qui peuvent déterminer cette rupture spontanée ; nous placerons en première ligne l'insertion vicieuse du placenta, puis tous les cas de développement exagéré du volume de l'utérus, hydramnios, grossesse multiple, hydrocéphalie, monstruosités, les présentations anormales, épaule, siège, toutes les causes de dystocie empêchant l'accommodation du fœtus, la multiparité, etc. Pour notre part, nous l'avons observée plusieurs fois et presque toujours chez des primipares ayant dépassé la trentaine.

Si nous avons tenu à énumérer les principales causes, c'est surtout pour montrer que nous n'avons aucune action sur elles, à l'exception des présentations vicieuses, et que par conséquent le traitement prophylactique est à peu près nul.

Cliniquement la rupture des membranes se caractérise par un *écoulement brusque de liquide suivi d'un suintement continu ;* la constatation de ces deux caractères et particulièrement du dernier devra être faite par le praticien ;

elle évitera de confondre cet accident avec une miction involontaire, avec le rejet du liquide d'une injection retenu dans le vagin et avec une affection rare de la grossesse, l'hydrorrée déciduale.

Traitement. — Appelé auprès d'une femme qui vient de perdre les eaux, le devoir du médecin consistera à exiger d'abord le *repos absolu au lit*, puis à *faire le diagnostic de la présentation* afin de corriger toute présentation vicieuse, enfin à *s'assurer par l'auscultation de la vie du fœtus*, la conduite étant absolument différente suivant que l'enfant est vivant ou mort.

ENFANT VIVANT

Si la femme n'est pas en travail (absence de contractions utérines douloureuses et de modifications du col), on se contentera de la maintenir au *repos absolu au lit*, de veiller au *fonctionnement de l'intestin*, de *faire de l'antisepsie vaginale* par des injections tièdes et antiseptiques, en recommandant de placer le bock à injection à un niveau peu élevé (0 m. 30 environ) pour éviter une pression trop forte ; enfin on *appliquera sur la vulve une compresse de gaze stérilisée* recouverte d'une bande épaisse de coton hydrophile. Le but est en effet de retarder le plus possible le travail et d'éviter l'infection du liquide amniotique.

Si au contraire la femme a des douleurs au moment où l'on est appelé, ou si celles-ci apparaissaient dans les heures ou dans les jours qui suivent, on conseillera, tout en n'omettant aucune des précautions précédentes, de donner après un premier lavement évacuateur un deuxième *lavement qui devra être gardé*. Ce lavement sera composé de la façon suivante :

Mettre dans un verre d'eau bouillie tiède vingt à vingt-cinq gouttes de laudanum de Sydenham et injecter lentement ce liquide dans le rectum en se servant d'une poire en caoutchouc et d'une canule rectale en caoutchouc souple.

Deux ou trois lavements semblables pourraient être donnés dans les vingt-quatre heures si les douleurs continuaient ou se reproduisaient. Dans le cas où celles-ci seraient très aiguës dès le début, il y aurait avantage à remplacer le premier lavement par une *injection sous-cutanée de* 1 *centigramme de morphine.*

C'est en suivant cette conduite que nous avons pu chez une primipare âgée, ayant des fibrômes utérins, prolonger la grossesse de 20 jours. Cette femme avait eu ses dernières règles du 20 au 25 juillet, la rupture des membranes se produisit le 23 février, c'est-à-dire à six mois et demi environ, et ce n'est que le 15 mars qu'elle mit au monde un garçon de 2.000 grammes qui put être élevé facilement.

Dans certaines circonstances, on peut avoir intérêt à ne pas désirer la prolongation de la grossesse tantôt parce que la femme présente des troubles graves d'auto-intoxication (albuminerie intense, insuffisance urinaire, accès éclamptique, etc.), tantôt parce qu'elle est atteinte d'une affection chronique aggravée par la grossesse (tuberculose, affection cardiaque), tantôt enfin parce que le bassin est vicié, que la présentation n'a pas de tendance à s'engager et que le fœtus paraît suffisamment développé pour vivre de la vie extra-utérine. On se contentera alors de *faire de l'antisepsie vulvo-vaginale* et d'attendre; aussitôt après la délivrance, on fera un *lavage intra-utérin* et une injection sous-cutanée de sérum anti-streptococcique.

ENFANT MORT

Lorsque l'enfant est mort depuis longtemps, le liquide qui s'est écoulé était rosé, la femme ne sentait plus remuer, il y a eu une montée laiteuse, le palper donne une sensation de mollesse du contenu utérin et quelquefois de la crépitation au niveau de l'extrémité céphalique. Si la mort est survenue au moment même où la rupture des membranes s'est produite (celle-ci s'étant accompagnée d'une procidence

du cordon), il faut suivre une conduite absolument opposée.

Toutes les conditions (air, chaleur, humidité) se trouvent réalisées pour que des phénomènes infectieux apparaissent rapidement ; le fœtus est exposé à la putréfaction ; *il doit être évacué ainsi que ses annexes le plus vite possible.*

Après une antisepsie rigoureuse de la vulve et du vagin, on introduira dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes, dont le volume sera proportionné à la perméabilité du col. Si l'on est obligé d'employer d'abord un petit ballon et que celui-ci soit expulsé, on le remplacera par un ballon de volume supérieur.

Dans le cas où l'on n'aurait pas sous la main un de ces instruments, on pourrait au besoin y suppléer par un *tamponnement serré intra-cervical et vaginal* avec de la gaze antiseptique.

Ou bien le fœtus sera expulsé aussitôt après l'agent dilatateur ou bien celui-ci sortira seul ; s'il n'y a pas de fièvre, on peut attendre l'expulsion spontanée. Sinon il ne faut pas hésiter, après une désinfection de la main et de l'avant-bras de l'opérateur, à introduire la main dans l'utérus en achevant la dilatation du col si c'est nécessaire, et à extraire le fœtus par le forceps ou la basiotripsie dans la présentation du sommet, par des tractions sur les membres inférieurs dans la présentation du siège, enfin par l'embryotomie cervicale ou rachidienne dans les présentations transversales.

Dès que le fœtus est expulsé ou extrait, il est prudent de *faire une irrigation vaginale d'abord*, *intra-utérine ensuite* avec un liquide antiseptique non toxique. Après la délivrance on fera de nouveau une *grande irrigation intra-utérine*. Les suites de couches seront surveillées de très près, 40 centimètres cubes de sérum anti-streptococcique seront injectés pendant trois ou quatre jours ; si la température s'élève, on aura recours à de nouveaux lavages intra-utérins et au besoin à l'irrigation continue.

II. — Indications de la rupture prématurée des membranes.

La rupture prématurée des membranes, c'est-à-dire avant tout début de travail, est un accident de la grossesse, mais c'est parfois un accident heureux. Dans certaines circonstances cependant les membranes doivent être rompues par le praticien dans un but thérapeutique ; ces cas sont relativement restreints, mais ils ne sont pas rares.

Il faut placer en première ligne *l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus,* lorsque celle-ci s'accompagne d'*hémorragies graves* par leur abondance ou par leur répétition. L'indication précise sera fournie par l'examen de l'état général et particulièrement par l'étude du pouls. Si celui-ci est petit et bat d'une façon permanente *plus de cent fois* à la minute, on doit sur-le-champ, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques habituelles et s'être assuré qu'il n'y a pas de présentation transversale, qu'on transformerait aussitôt, rompre les membranes et surtout les rompre très largement. Cette fréquence du pouls, due à une perte sanguine abondante ou à un écoulement continu ou répété, s'accompagne presque toujours d'autres manifestations de l'anémie aiguë, tendances syncopales, décoloration des tissus, bourdonnements d'oreille, etc., qui rendent l'intervention encore plus pressante.

La même conduite doit être suivie lorsque, pendant la grossesse, il se produit un *décollement prématuré du placenta normalement inséré.* Mais il faut pour cela qu'aux deux principaux symptômes, modifications brusques de l'état général et dureté ligneuse de l'utérus, se surajoutent un état de shock accusé et de la rapidité du pouls (100 pulsations et plus à la minute). Enfin dans certains cas d'*hydramnios à marche aiguë* il est parfois nécessaire d'évacuer l'utérus pendant la grossesse, qui se trouve ainsi interrompue. Aussi faut-il des raisons sérieuses pour recourir à cette intervention. Ces indications sont représentées par :

Un excès de volume et une tension permanente de l'utérus déterminant de la gêne respiratoire et circulatoire, caractérisée par de la dyspnée et des troubles asphyxiques ;

Un mauvais état général se manifestant par des accès fébriles, de la perte d'appétit, de l'amaigrissement, de l'insomnie, une teinte terreuse des téguments et un aspect grippé de la face ;

Une diminution de la sécrétion urinaire, la quantité d'urine éliminée dans les vingt-quatre heures étant inférieure à un litre ;

Des douleurs abdominales, diaphragmatiques et costales durant jour et nuit au point d'empêcher tout sommeil.

Nous ne ferons que citer la rupture des membranes comme moyen de provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré dans un but thérapeutique. C'est là un procédé de second ordre auquel il est préférable de ne pas avoir recours.

III. — Indications de la rupture des membranes pendant le travail.

Dans le chapitre précédent, nous avons passé en revue les indications de la rupture prématurée des membranes, c'est-à-dire avant tout début de travail.

Normalement ces dernières, qui doivent constituer au niveau du pôle inférieur de l'œuf la poche des eaux, ne se rompent qu'à la dilatation complète, *rupture tempestive spontanée*. Parfois cependant la rupture se produit avant cette période du travail, *rupture précoce spontanée*. S'il est toujours indiqué de rompre les membranes à la dilatation complète pour activer l'accouchement, il y a des cas où il est nécessaire de pratiquer cette rupture avant la dilatation complète, *rupture précoce artificielle*.

La poche des eaux est le principal agent d'effacement et de dilatation du col de l'utérus, aussi devez-vous la respecter au cours de l'accouchement, que la tête soit engagée ou non, tant que les *contractions sont normales* et que la *dilatation*

n'est pas complète. Pour cela, vous éviterez de faire le toucher vaginal pendant une contraction utérine, ou, si vous être surpris par cette dernière, alors que votre doigt est introduit dans le vagin, pour explorer les bords de l'orifice utérin, vous l'éloignerez des membranes dès que vous sentirez celle-cis se tendre. N'oubliez pas en effet que cette tension se manifeste avant que la femme ne ressente la douleur liée à la contraction utérine.

Mais il existe des cas où la rupture *dite précoce*, c'est-à-dire avant la dilatation complète, doit être mise en œuvre. Lorsque l'utérus est anormalement développé, soit par un excès de liquide amniotique, soit par une grossesse multiple, soit par un gros œuf, il arrive parfois que la dilatation, qui progressait régulièrement, *reste stationnaire* pendant plusieurs heures. Tantôt les contractions conservent toute leur intensité, tantôt elles sont moins fréquentes et plus faibles, elles peuvent même cesser complètement. N'hésitez pas en présence de ces faits, qui ne sont pas rares en clinique, à rompre les membranes et vous verrez le travail reprendre son cours normal. Même indication se pose et même résultat est obtenu, quand le travail ne progresse pas avec un utérus normalement développé et que vous constatez une *tension permanente des membranes*. Dans ce cas, la poche des eaux est plate, la présentation est profondément engagée et les membranes sont souvent très adhérentes aux parois du segment inférieur. La poche des eaux ne remplit pas son rôle physiologique et elle empêche la tête fœtale, car il s'agit presque toujours d'une présentation du sommet, de venir la suppléer. Sous l'influence de la rupture des membranes, les contractions réapparaissent et le travail reprend son cours normal.

Vous devrez également recourir à la rupture des membranes avant la dilatation complète, chaque fois que vous voudrez *fixer une présentation longitudinale* qui a tendance à se déplacer et à se transformer en présentation transversale, et, par conséquent, chaque fois que *pendant le travail*,

vous aurez fait une version par manœuvres externes et que vous ne pourrez maintenir la présentation dans la situation où vous l'avez amenée. Il en est de même dans le cas où vous aurez essayé de réduire une *procidence du cordon*, que celle-ci s'est reproduite et que l'enfant souffre. En rompant les membranes, vous pourrez avec la main refouler plus facilement le cordon au-dessus de la tête fœtale qui viendra ensuite se fixer sur l'entrée du bassin et l'oblitérer, empêchant ainsi la tige funiculaire de descendre de nouveau en avant de la présentation.

Enfin l'indication principale de la rupture précoce des membranes est représentée par les *hémorragies du travail déterminées par l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus*. Si vous avez eu la précaution de les rompre et surtout de les rompre largement, le suintement sanguin s'arrêtera, parce que les membranes ne tiraillent plus le placenta qu'elles décollent et aussi parce que la présentation fœtale vient appuyer sur la masse placentaire qu'elle comprime à la façon d'un ballon. Nous avons étudié ce mécanisme avec plus de détails lorsque nous avons examiné le traitement des hémorragies dues à cette cause.

Tels sont les différents cas où vous aurez à rompre d'une façon précoce la poche des eaux pendant le travail. Vous serez parfois aussi dans l'obligation de recourir à cette manœuvre alors que le col est complètement dilaté, *rupture tempestive*, ou complètement dilatable. Pendant cette période, en effet, certaines circonstances, souffrance du fœtus ou état pathologique de la mère, peuvent nécessiter une *terminaison rapide de l'accouchement*.

Quelle que soit l'intervention indiquée par la présentation et par l'engagement ou le non engagement, application de forceps, version par manœuvres internes ou par manœuvres mixtes, extraction podalique du fœtus, abaissement prophylactique d'un pied, le premier temps de cette opération obstétricale consistera à rompre les membranes pour pouvoir atteindre le fœtus.

Au cours d'un *accouchement gémellaire*, il est fréquent de voir le deuxième œuf rester intact, l'utérus n'ayant plus l'énergie suffisante pour vaincre la résistance des membranes. Aussi est-on souvent dans la nécessité de l'ouvrir artificiellement.

Enfin il arrive parfois que les membranes sont suffisamment résistantes pour n'être pas vaincues par la pression intra-amniotique ; la dilatation est complète, les contractions utérines sont énergiques et les membranes ne se rompent pas spontanément. Dans ce cas, il n'y a aucun intérêt à attendre bien que le fœtus ne souffre pas, vous avez obtenu de la poche des eaux tout ce qu'elle pouvait vous donner. N'hésitez pas à la rompre, vous permettrez à l'accouchement de se terminer plus rapidement, ce qui n'est négligeable ni pour la parturiente ni pour le fœtus, et vous éviterez la dissociation de l'amnios et du chorion, qui pourrait être la cause d'une rétention de membranes au cours de la délivrance.

IV. — Précautions à prendre pour rompre les membranes au cours de l'accouchement.

La rupture des membranes est d'ordinaire une intervention d'une exécution facile ; dans certains cas cependant la poche des eaux proprement dite n'existe pas, les membranes sont directement appliquées sur la présentation au point de passer inaperçues. Il peut en résulter une double difficulté pour le praticien peu exercé : la première consiste à savoir reconnaître l'existence ou la disparition des membranes au niveau de la région fœtale engagée ; la seconde consiste, celles-ci une fois reconnues, à choisir un procédé qui permettra de les déchirer sans déterminer de lésions fœtales.

Rompre artificiellement les membranes est, avons-nous dit, chose très facile lorsqu'il y a une véritable poche des eaux, c'est-à-dire lorsqu'une certaine quantité de liquide est interposée entre la portion libre des membranes et la pré-

sentation fœtale. Dans ces conditions, le diagnostic ne présente aucune difficulté, mais au point de vue du manuel opératoire, il faut distinguer deux cas, ceux où le fœtus est engagé et ceux où au contraire son pôle inférieur n'est pas appliqué sur l'entrée du bassin ; cette dernière circonstance nécessite en effet des précautions spéciales.

I. — *L'enfant étant engagé* et la rupture des membranes étant indiquée, l'accoucheur les rompra soit avec le doigt, soit avec le perforateur classique (tige de métal terminée par une extrémité de forme pyramidale). Celui-ci, flambé quelques instants auparavant, est tenu d'une main, tandis que l'index de la main opposée est introduit dans le vagin et qu'il va prendre contact avec la partie la plus déclive de la poche des eaux. Dès que celle-ci commence à se tendre, ce qui annonce une contraction, le perce-membranes est glissé sur la face palmaire de l'index, avec lequel il doit rester constamment en contact pour ne pas léser les parois du conduit génital. Au moment où il aborde les membranes, il est poussé très doucement ; parfois même c'est la poche des eaux dont la saillie est de plus en plus accusée sous l'influence de la contraction de l'utérus, qui vient se déchirer sur le perforateur. L'écoulement du liquide amniotique ne suffit pas pour prouver la perforation de la poche des eaux, il peut exister une *poche amnio-choriale :* aussi ne doit-on retirer l'index qu'après s'être assuré que l'on est bien en contact intime avec la présentation. Dans le cas où l'intervention est faite dans le but d'arrêter une hémorragie, déterminée par l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, l'index n'a pas terminé sa besogne lorsque la solution de continuité a été pratiquée sur le pôle inférieur de l'œuf, il doit pénétrer dans cette ouverture et l'agrandir en *déchirant les membranes aussi largement que possible.* C'est là le meilleur moyen de faire disparaître les tiraillements des bords du placenta et par conséquent d'arrêter le décollement, cause de l'écoulement sanguin.

II. — *Le fœtus n'est pas engagé et il existe une poche des eaux volumineuse.* — Commencez par faire une exploration complète de la poche des eaux en employant au besoin le toucher manuel pour chercher si le cordon ou un petit membre fœtal ne précède pas la présentation. Dans le cas où vous constateriez une de ces procidences, vous la réduisez aussitôt avant de rompre les membranes. La perforation de ces dernières sera faite comme dans le cas précédent, *mais dans l'intervalle de deux contractions*, pour éviter une issue trop rapide du liquide amniotique ; vous en modérerez également l'écoulement en laissant en place votre main introduite dans le vagin et dont une partie obture l'orifice vulvaire. Avant de la retirer, vous vous assurez que le flot du liquide n'a pas entraîné le cordon et que la présentation fœtale est venue boucher l'entrée du bassin. C'est à ce moment-là seulement que tout danger de procidence est conjuré.

III. — *Il n'existe pas de poche des eaux, les membranes sont directement appliquées sur la tête fœtale.* — Cette particularité ne peut se rencontrer en effet que dans la présentation du sommet fléchi et engagé, et à la condition que les parois du segment inférieur lui soient directement accolées. Les membranes coiffent la tête au point de passer inaperçues et de faire croire à leur rupture. Cependant par un toucher attentif, on se rendra compte que la présentation est lisse dans sa totalité et cette sensation est surtout accentuée lors d'une contraction ; à ce moment, on ne perçoit pas les plis qui se forment habituellement sur le cuir chevelu lorsque la tête est à nu dans l'excavation, enfin on ne trouve nulle part l'impression que donne au doigt le contact des petits cheveux du fœtus.

L'erreur contraire peut être commise, on peut prendre pour la poche des eaux une bosse séro-sanguine plus ou moins volumineuse, qui se tend au moment d'une contraction. Cette erreur possible, si l'on se contente d'un examen superficiel et rapide, doit être bien présente à l'esprit ; on

évitera ainsi de porter sur le cuir chevelu du fœtus un instrument piquant ou coupant avec toutes les conséquences qu'une telle intervention peut avoir pour ce dernier.

Pour s'assurer de l'intégrité de l'œuf, il faut introduire la main tout entière dans le vagin et remonter le long de la tête fœtale ; on sentira la surface lisse entourant celle-ci de toute part, et en la soulevant on constatera qu'il ne s'écoule aucune goutte de liquide.

La première difficulté étant surmontée, reste la seconde. Quelle méthode emploiera-t-on pour rompre les membranes sans léser le fœtus ? Tout instrument piquant ou coupant doit être rejeté (perce-membranes, bistouri), le moyen le plus inoffensif consiste à saisir les membranes avec une pince à pansement ou avec une longue pince à forcipressure et à faire ensuite plusieurs mouvements de torsion, les membranes cèdent rapidement. On profite de la brèche pour y introduire l'index et agrandir l'orifice en tout sens.

IV. — *Difficultés plus rares de la rupture des membranes.* — Dans certains cas, la portion des membranes, qui constitue la poche des eaux, contient dans son épaisseur des vaisseaux. Cette particularité se rencontre dans l'*insertion vélamenteuse du cordon ;* celui-ci s'insère non plus sur le placenta, mais sur les membranes, et ses vaisseaux divergent pour se rendre isolément entre le chorion et l'amnios à la masse placentaire. Lorsque par le toucher on sentira un cordon dans la portion découverte des membranes, cordon qu'on ne confondra pas avec la tige funiculaire en se basant non pas sur le volume, mais sur la mobilité de cette dernière, on devra se rendre compte de la direction du vaisseau et rompre les membranes le plus loin possible de lui et parallèlement à son trajet.

Il arrive parfois aussi que le pôle inférieur de l'œuf est constitué par le placenta lui-même recouvrant l'orifice utérin, *vrai placenta prævia.* Par suite de la situation anormale de ce dernier, il se produit une hémorragie plus ou moins abondante qui nécessite la rupture des membranes

ovulaires et parfois même la terminaison rapide de l'accouchement.

Il faut alors avec le doigt explorer le segment inférieur pour trouver la région sur laquelle le placenta n'empiète pas, on cherchera très prudemment le point où les membranes sont accessibles pour les déchirer à ce niveau.

MENSTRUATION ET PUERPÉRALITÉ

Le début de la grossesse est marqué par la suppression de la menstruation. Nous n'avons pas à envisager ici les rapports existants entre la menstruation et la fécondation ; remarquons cependant que la fécondation peut se produire à tout moment de la période inter-menstruelle. Si dans le plus grand nombre des cas elle semble avoir lieu dans les dix jours qui suivent la dernière menstruation, certaines femmes sont cependant fécondées dans les jours qui précèdent l'époque où devraient survenir les premières règles qui manquent ; d'autres le sont à tout moment de la période inter-menstruelle. On ne peut donc fixer qu'approximativement la date probable de l'accouchement.

Dans la grossesse normale la menstruation est supprimée. Cette loi ne souffre pas d'exception, les prétendues règles observées pendant la grossesse sont des écoulements de sang pathologiques, des hémorragies. Du reste, si théoriquement l'écoulement menstruel peut s'expliquer pendant les premières semaines de la grossesse tant que le feuillet pariétal de la caduque conserve encore une certaine indépendance, il ne peut anatomiquement se produire à partir du troisième mois par suite de la fusion des feuillets de la caduque. Toute perte de sang d'origine utérine exige alors un décollement, une dissociation des membranes de l'œuf, elle est donc pathologique et constitue une hémorragie.

Lorsque les femmes s'observent avec attention et que l'interrogatoire est conduit avec précision, on remarque que

les écoulements sanguins existant pendant la grossesse diffèrent toujours par quelque côté des règles normales, soit par la date de leur apparition, soit par leur mode de répétition, soit par leur abondance, leur durée et l'aspect du sang évacué. On ne peut du reste citer aucun cas certain de persistance de la menstruation pendant la grossesse observée par un médecin. Dans toutes les observations rapportées, on s'est fié aux renseignements fournis par les femmes. Néanmoins, chez certaines femmes irrégulièrement et mal réglées, la distinction entre ces écoulements de sang et les règles normales peut être délicate.

La menstruation est de même le plus souvent supprimée pendant l'allaitement et il est admis qu'elle ne doit pas exister chez une bonne nourrice. Il y a cependant des exceptions à cette formule trop générale. Chez beaucoup de femmes, qui allaitent, les règles reviennent deux ou trois mois après l'accouchement sans modifier les qualités de la nourrice.

Toutefois les règles chez les nourrices sont souvent irrégulières, variables d'aspect et d'abondance, différentes de ce qu'elles sont habituellement. C'est surtout chez les primipares et les secondipares que la menstruation réapparaît pendant l'allaitement. D'après Pinard, 27 p. 100 seulement des primipares n'ont pas de règles pendant l'allaitement ; elles surviennent le plus souvent vers le sixième mois. Chez les secondipares, 35 p. 100 des femmes ne sont pas réglées avant le huitième ou neuvième mois. Enfin 60 p. 100 des femmes allaitant pour la troisième fois sont privées de leurs règles, quelle que soit la durée de l'allaitement.

Il résulte de ce qui précède que le retour de la menstruation chez une nourrice ne suffit pas à lui seul pour interdire l'allaitement.



MÔLE HYDATIFORME

En clinique, le symptôme le plus constant du développement d'une môle hydatiforme dans la cavité utérine est représenté par des hémorragies plus ou moins abondantes et surtout persistantes, qui apparaissent d'ordinaire vers le quatrième mois de la grossesse. Si ces hémorragies accompagnent un volume anormal de l'utérus, parfois même un développement rapide de cet organe, il faut soupçonner la grossesse môlaire. Le seul signe qui permette de porter un diagnostic certain, c'est l'expulsion de vésicules. Chaque fois par conséquent qu'on supposera l'existence d'une dégénérescence kystique des villosités choriales, on ordonnera le repos absolu au lit et des injections vaginales chaudes à 48-50° pour lutter contre les pertes sanguines ; on recommandera en même temps à la malade ou à son entourage de mettre soigneusement de côté toutes les garnitures vulvaires et tous les débris expulsés spontanément ou ramenés par le liquide de l'injection. On en fera soi-même l'examen dans une cuvette remplie d'eau. En même temps, on notera chaque jour le *nombre de pulsations*, conduite qui s'applique à toutes les hémorragies de la grossesse.

Traitement. — En clinique plusieurs cas peuvent se présenter ; nous allons envisager chacun d'eux avec la thérapeutique qui s'y rattache.

1. — *Aucune vésicule n'a été expulsée, mais l'utérus augmente rapidement de volume, les pertes sanguines deviennent abondantes et le pouls est constamment au-dessus de* 100.

En présence de ces différents signes, bien que le diagnostic de grossesse molaire ne puisse pas être porté d'une façon certaine, il faut interrompre la grossesse comme dans le cas suivant.

II. — *On constate la présence de vésicules au milieu des débris expulsés.*

Dans ce cas, le diagnostic est certain et il faut, même si l'état général est parfait, provoquer l'expulsion de l'œuf dégénéré. Après les préparatifs antiseptiques habituels, on introduit dans l'utérus un petit ballon de Champetier de Ribes et on attend l'expulsion spontanée du contenu utérin. A la suite du ballon, chassé de l'utérus par les contractions de cet organe, on voit apparaître une masse plus ou moins volumineuse suivant l'âge de la grossesse et suivant le degré de dégénérescence des villosités. Pendant la durée de l'expulsion, il faut bien se garder de faire des tractions. Une fois la môle hors des organes génitaux externes, on introduit aussitôt la main dans la cavité utérine et on pratique une exploration complète de toutes ses parois. Cet examen doit fournir deux renseignements : 1° reste-t-il des vésicules adhérentes à l'utérus ; 2° la paroi utérine est-elle indemne ou n'a-t-elle pas été envahie par les vésicules ?

S'il reste des vésicules adhérentes à la paroi, on les enlève par le curage digital suivi, si c'est nécessaire, d'un curettage.

Celui-ci devra être exécuté avec beaucoup de précautions à cause des altérations possibles de la paroi. Après avoir vidé l'utérus, il est prudent de pratiquer un écouvillonnage à la glycérine créosotée :

Glycérine	30 grammes.
Créosote	5 —

ou à la teinture d'iode.

Il faut avoir soin, une fois l'écouvillon imprégné d'un de ces caustiques introduit dans l'utérus, de faire une injection vaginale tiède pour éviter le contact du caustique avec les parois du vagin et de la vulve. On termine par une toilette vulvo-vaginale et par l'introduction d'une mèche de gaze

stérilisée dans la cavité utérine, mèche qu'on enlèvera au bout de 24 heures.

La femme sera maintenue au lit pendant deux ou trois semaines et on se conduira pendant cette période comme après un avortement.

III. — *La môle a été expulsée spontanément.*

Si l'on est appelé dans les heures qui suivent l'expulsion, il faut se livrer à l'examen de la cavité utérine et agir comme précédemment. Il n'y a qu'une exception à cette règle, c'est lorsque la môle a été expulsée entourée d'une enveloppe complète d'apparence charnue, la caduque utérine; dans ce cas, on est certain qu'il ne reste pas de vésicules adhérentes à la paroi de l'utérus.

On peut n'être appelé que tardivement, quelques jours ou quelques semaines après l'expulsion de la môle, la femme continuant à perdre du sang et même à expulser des vésicules. Là encore il faut aller explorer avec le doigt toute la surface interne de l'utérus; si le col n'est pas perméable, on le dilate avec un petit ballon ou avec des bougies de Hégar. On pratique ensuite le curage digital, le curettage et l'écouvillonnage.

IV. — *L'examen digital révèle l'envahissement du tissu musculaire de l'utérus par les villosités choriales, ou bien, au cours du curage digital ou du curettage, on perfore la paroi utérine altérée.*

L'hystérectomie vaginale ou abdominale est alors seule indiquée. Dans le premier cas, l'opération peut n'être pas faite aussitôt ; dans le second, au contraire, il faut la pratiquer immédiatement comme dans toute rupture utérine.

V. — *Toute femme qui a eu une grossesse molaire doit être l'objet d'une surveillance particulière.*

Cette surveillance doit être exercée pendant l'année qui suit l'expulsion de la môle ; l'utérus est menacé de devenir

le point de départ d'une tumeur maligne, le déciduome malin ; à la moindre alerte, il devra être enlevé.

MÉTRITE CERVICALE GRAVIDIQUE

Il existe une forme de métrite cervicale peu connue, qu'on rencontre chez les femmes jeunes, mariées depuis peu de temps et enceintes. Cette affection mérite cependant d'attirer l'attention du praticien, car elle est sans aucun doute une cause fréquente d'interruption de la grossesse.

Pour se développer, il lui faut un terrain prédisposé. C'est presque toujours chez des sujets lymphatiques qu'on la rencontre; on retrouve en effet dans leurs antécédents des fluxions ganglionnaires, de l'hypertrophie adénoïdienne, des poussées d'acné, de la blépharite chronique et d'une façon presque constante des pertes blanches plus ou moins abondantes apparues alors que ces femmes étaient encore vierges.

Les premiers symptômes se manifestent peu de temps après la conception ; dès les premiers mois ces femmes accusent une leucorrhée très abondante, qu'on ne manque pas de mettre sur le compte de la grossesse si, à ce moment, on ne se livre pas à un examen minutieux de la sphère génitale. Le plus souvent, en même temps que survient cet écoulement, les femmes se plaignent de pesanteur dans le bas-ventre et de douleurs lombaires continues.

Par le toucher on sent un col volumineux, non plus conique, ni même cylindrique, mais renflé dans la portion, qui précède le museau de tanche, il a pris la forme d'un barillet. Sa consistance est ferme et résistante, il semble œdématié dans sa totalité, l'orifice cervical a seul conservé sa résistance normale et il ne se laisse pas franchir, car nous avons dit qu'il s'agissait de primipares. Chez les femmes qui ont déjà eu des grossesses, cette forme de métrite ne se distingue plus des métrites cervicales classiques.

Le spéculum permet de constater que ce col hypertrophié est rouge, souvent violacé; son orifice externe est attiré dans la profondeur par suite de la tension des parois, il semble ombiliqué ; on voit sourdre à son niveau un bouchon glaireux, plus ou moins consistant, plus blanchâtre que jaunâtre. Contrairement à ce qui se rencontre dans les autres variétés de métrite, on ne trouve aucune ulcération et aucune trace d'ectropion, la muqueuse du canal cervical est en effet retenue par la résistance de l'orifice externe ; on n'aperçoit aucun de ces grains jaunâtres dus à des follicules hypertrophiés, la muqueuse du museau de tanche est au contraire lisse, vernissée. La vaginite, lorsqu'elle existe, est peu accentuée dans cette forme de métrite.

Traitement. — En présence de ces signes, il faut agir : on défendra le coït, on combattra la constipation, on décongestionnera le col par des injections à 37 ou 38°, prises matin et soir dans la position couchée, on devra se conformer aux indications suivantes : se servir d'un bock, d'une canule en verre à plusieurs trous sans trou médian ou de préférence d'une canule vaginale à double courant, d'eau bouillie (dans laquelle on mettra deux cuillerées à café de borate de soude), ou d'une décoction de guimauve et pavot, et placer le récipient à un niveau peu élevé, 30 à 40 centimètres de hauteur environ.

Tous les deux jours, on fera avec beaucoup de précaution un badigeonnage du col avec :

Extrait de belladone	0,50 centig.
Chloral	2 grammes
Teinture de benjoin.	4 —
Huile stérilisée	60 —

ou :

Goménol.	30 grammes
Huile stérilisée	60 —

Pour agir d'une façon plus active, on peut avoir recours aux tampons trempés dans un des liquides précédents et laissés à demeure 12 ou 24 heures.

Dans le cas où la femme éprouve des difficultés pour in-

troduire elle-même un tampon muni d'une ficelle, on lui conseille les ovules médicamenteux qu'elle placera dans le vagin le soir en se couchant et qu'elle aura soin de refouler le plus profondément possible.

Le praticien, qui prescrit ces moyens thérapeutiques, tampons ou ovules, indiquera toujours avec détails la technique à suivre pour les employer : la femme doit d'abord s'accroupir, les jambes écartées, et introduire ensuite dans le vagin le corps qui est destiné à y séjourner.

Nous n'avons jusqu'ici envisagé que le traitement local, mais il est nécessaire de prescrire également un traitement général : pendant quinze jours par mois la femme devra prendre au cours des deux principaux repas une cuillerée à bouche de :

Iodure de potassium	10 grammes
Eau distillée. . . . . }	àâ 150 —
Sirop de limon . . . . }	

Pendant les quinze autres jours, elle prendra le matin avant le petit déjeuner une cuillerée à café de la solution :

Arséniate de soude.	0,05 centig.
Teinture de noix vomique	5 grammes
Eau distillée	150 —

MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ

Lorsqu'à sa naissance l'enfant est complètement inerte, les membres flasques, la tête mobile en tous sens, lorsqu'en un mot la résolution musculaire est complète, mais avec persistance des bruits du cœur, le plus souvent faibles et espacés, quelquefois imperceptibles, on dit qu'il est en état de *mort apparente*.

Cet accident se rencontre surtout lorsque le travail a été long et difficile, lorsque les membranes se sont rompues prématurément, lorsque l'accouchement a dû être terminé par une intervention, forceps, version, extraction dans la

présentation du siège, lorsqu'une complication est survenue au cours du travail, procidence du cordon ou des membres, décollement du placenta, hémorragies, etc.

Au point de vue clinique, le nouveau-né en état de mort apparente peut présenter deux aspects bien différents par leur pathogénie, leur pronostic et leur traitement. La coloration de sa surface cutanée est-elle bleuâtre, violacée, presque noirâtre, semblable à celle que présentent les cardiaques en état d'asystolie, on se trouve en présence de l'*asphyxie bleue.*

Si, au contraire, la peau est blanche, pâle, décolorée, semblable au facies d'une personne en état de syncope, c'est qu'on a devant soi un cas *d'asphyxie blanche,* nom impropre devant être remplacé par celui d'*état syncopal.*

Étudions chacune de ces variétés.

L'asphyxie se présente sous le tableau suivant : coloration violacée plus ou moins foncée répandue sur la totalité du corps, mais plus accentuée à la face et aux extrémités, cyanose des lèvres, saillie des globes oculaires, résolution musculaire généralisée mais incomplète, réflexes en général conservés (réflexe guttural, réflexe palpébral et réflexe cornéen). Du côté du cœur on peut, soit par la palpation, soit par l'auscultation, percevoir des battements réguliers ou irréguliers, faibles, espacés. Quelquefois, on perçoit par la vue les battements cardiaques sous forme de soulèvement ondulatoire du thorax près du mamelon gauche. La respiration est nulle, mais le plus souvent, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement, on voit une inspiration se produire, elle est brusque, prolongée, c'est une sorte de hoquet qui ébranle le corps tout entier. A cette inspiration en succède une autre semblable après un temps plus ou moins long, puis les mouvements respiratoires se rapprochent en devenant plus calmes.

Sous l'influence des mouvements respiratoires qui se régularisent, les battements du cœur deviennent plus intenses et plus rapides, la teinte violacée des téguments fait place

petit à petit à une teinte rosée qui commence à apparaître au niveau de la poitrine. L'enfant ouvre les yeux, qui sont congestionnés, il pousse quelques gémissements, puis bientôt quelques cris.

Telle est la forme heureuse, celle dans laquelle tout danger de mort paraît écarté après cinq, dix, quinze minutes.

Dans d'autres cas, bien que l'enfant respire, il conserve toujours une certaine teinte violacée des téguments et un peu de résolution musculaire. Une grande surveillance est nécessaire, car l'air ne doit pénétrer qu'incomplètement dans ses poumons, on se rend compte que les inspirations sont *laborieuses*. Enfin, l'enfant meurt lorsque les voies respiratoires restent obstruées malgré le traitement employé.

La *forme blanche* est un état syncopal pouvant se rencontrer dans différentes circonstances, le plus souvent après une extraction manuelle ou instrumentale.

Ce qui frappe, c'est la décoloration de la peau et des muqueuses, dont la pâleur extrême rappelle celle de la cire vierge. L'inertie est complète, les bras, les jambes, la tête sont flasques, les yeux sont fermés. Les réflexes sont absents. Le cordon est privé de battements ; quant au cœur, tantôt il bat très lentement au point que les pulsations ne sont pas perceptibles et que l'on croit plutôt à la mort réelle ; tantôt, au contraire, il bat irrégulièrement ou faiblement.

L'apnée est complète au début ; si l'enfant doit vivre, les inspirations brusques, saccadées s'établissent comme dans la forme décrite ci-dessus, puis la respiration devient normale en même temps que l'enfant ouvre les yeux, contracte ses muscles et commence à crier.

Dans d'autres cas, les battements du cœur, très affaiblis, s'accélèrent sous l'influence du moyen thérapeutique employé pour se ralentir dès qu'on le cesse ; les mouvements respiratoires subissent les mêmes alternatives. Il y a presque toujours dans ces cas-là des hémorragies méningées ou cérébrales ayant déterminé des lésions incompatibles avec l'existence et impossible à diagnostiquer.

Malgré les efforts prolongés du praticien, les battements du cœur peuvent devenir de plus en plus faibles pour s'éteindre subitement.

Enfin, il y a des formes qu'on pourrait appeler mixtes : ce sont celles où les caractères ne sont pas suffisamment tranchés pour pouvoir recevoir l'étiquette d'asphyxie ou d'état syncopal ; ce sont celles également qui, présentant d'abord les apparences d'une forme blanche, revêtent rapidement la forme bleue ou réciproquement.

Traitement. — Cet exposé clinique va nous permettre maintenant de fixer la conduite à tenir dans les différents cas.

Dans la pratique nous sommes le plus souvent aux prises avec l'asphyxie. Le nouveau-né ne respire pas, parce que ses voies respiratoires sont *obstruées* par des mucosités, il est donc nécessaire de l'en *débarrasser rapidement avant même d'avoir sectionné le cordon.* Tant que celui-là est animé de battements, l'hématose fœtale continue à se faire au niveau du placenta maternel, il est donc naturel de la respecter et d'en profiter puisque l'hématose respiratoire n'existe pas encore. D'autre part, on permet ainsi à l'enfant de recevoir tout le sang qui lui appartient et qui est contenu dans le placenta ; *on ne devra donc sectionner le cordon qu'après la disparition des battements.*

Nous parviendrons facilement à enlever les mucosités, si elles sont localisées au pharynx buccal ; la tête de l'enfant sera placée en position déclive pour éviter ou combattre la syncope et pour en permettre l'écoulement plus facile. Le petit doigt ou l'index, entouré d'un linge fin afin d'éviter les traumatismes de l'ongle et introduit à plusieurs reprises au fond de la bouche, les amènera alors plus facilement au dehors. Si l'écouvillonnage de la bouche est facile, il n'en est pas de même de celui du pharynx où le doigt pénètre plus difficilement ; aussi peut-on s'adresser pour cela à un tube aspirateur quelconque, une sonde de trousse ou, de préférence, au tube de Ribemont *qui doit toujours être à portée*

de la main au cours d'un accouchement après avoir été aseptisé par l'ébullition ou le flambage. L'instrument sera introduit dans le pharynx, manœuvre très simple, l'extrémité libre sera recouverte d'un linge fin et on fera à ce niveau des aspirations avec la bouche pour absorber les mucosités; le tube sera retiré et débarrassé de son contenu en soufflant dans son intérieur, on le réintroduira de nouveau en faisant parcourir à son bec toutes les parois du pharynx, on ne devra s'arrêter que lorsque l'aspiration ne ramènera plus rien. Cette manœuvre a un autre avantage, le contact du doigt ou de l'instrument avec la muqueuse du voile du palais, de la base de la langue et surtout du pharynx est souvent le point de départ d'un réflexe, qui se termine par une inspiration suivie d'une expiration. A ce mouvement respiratoire saccadé en succèdent un second, puis un troisième, et peu de temps après l'enfant pousse son premier cri.

Si ce curage buccal et pharyngien n'a pas produit le résultat attendu et qu'on soit certain qu'il n'existe plus aucun obstacle dans les voies respiratoires supérieures, il faut avoir recours à d'autres moyens, que nous allons passer en revue en donnant à chacun le développement qui lui convient ; leur but doit être : 1° de déterminer le réflexe respiratoire et 2°, si celui-ci ne peut être produit, de chercher une obstruction plus profonde et de la faire disparaître.

Employons d'abord les moyens les plus simples, qui sont en même temps les plus doux, ceux qui consistent à se servir du réflexe cutané pour provoquer des mouvements respiratoires. Après avoir débarrassé rapidement les téguments de l'enfant enduits de matière sébacée, on lui met la tête en bas en le tenant par les pieds et on frictionne sa région dorsale avec la main sèche ou après avoir fait verser sur cette partie du corps une petite quantité d'alcool, d'eau de Cologne, de cognac, de vinaigre, d'éther, etc. ; ou bien on fait couler lentement et d'un peu haut sur le thorax de l'enfant un jet d'eau froide ou d'alcool.

Les accoucheurs du milieu du siècle dernier, P. Dubois,

Velpeau, pulvérisaient avec la bouche sur le visage et la poitrine de l'enfant du vin, du cognac ou un liquide quelconque.

On peut encore avoir recours, après avoir coupé le cordon dont les battements ont cessé, à la balnéation, soit chaude (37° à 38°), soit sinapisée, soit froide, soit encore aux bains alternativement froids et chauds. Sorti de l'eau froide, l'enfant est plongé dans un bain chaud, manœuvre que l'on répète plusieurs fois en terminant toujours par le bain chaud. Tandis que l'enfant est dans son bain, la tête maintenue hors de l'eau, on frictionne énergiquement avec la main restée libre les régions dorsale et thoracique.

La flagellation, l'enveloppement dans un linge sec très chaud suffisent quelquefois à provoquer le premier mouvement respiratoire, surtout dans les cas bénins où l'enfant naît seulement étonné.

L'excitation des muqueuses peut également conduire au même but : chatouillement du fond de la gorge avec les doigts ou les barbes d'une plume dont on peut également se servir pour exciter la pituitaire.

C'est à cette classe de moyens qu'il faut rattacher les tractions rythmées de la langue, méthode préconisée par le docteur Laborde qui l'a décrite dans les termes suivants :

« Après avoir étendu le corps sur le dos en laissant la tête basse, débarrassé rapidement la gorge des mucosités qui peuvent l'obstruer, l'opérateur, saisissant rapidement le corps de la langue entre le pouce et l'index avec un mouchoir ou un linge quelconque, et même au besoin avec les doigts nus, exerce sur elle quinze fois par minute de fortes tractions rythmées suivies de relâchement. Il est indispensable qu'il se rende bien compte que ses tractions agissent sur la racine même de la langue et non pas seulement sur la pointe. » (Ribemont-Dessaignes et Lepage.)

Pour remédier à la difficulté de l'introduction de deux doigts dans une petite bouche de nouveau-né, le docteur Laborde a fait construire une pince spéciale à pression douce ; on peut, à son défaut, employer une pince à forci-

pressure ou une pince ordinaire engainée de caoutchouc. Il faut éviter l'usage de la pince à langue usitée en anesthésie et de la pince de Museux, qui déchirent les tissus si friables de la langue des enfants.

Si ces moyens n'ont pas donné de résultat immédiat, c'est-à-dire si l'*enfant ne fait aucun mouvement respiratoire*, ou si la *respiration*, quoique établie, est *pénible*, *gênée*, *bruyante*, ce qu'on reconnaît au gargouillement déterminé par le passage de l'air à l'inspiration comme à l'expiration, il est nécessaire de ne pas insister pour avoir recours aux procédés qui, à notre avis, sont les meilleurs. Ce sont ceux dont le but est : 1° de *désobstruer les voies aériennes* situées au-dessous du pharynx et 2°, *lorsque celles-ci sont libres*, *et seulement alors*, de *faire pénétrer artificiellement l'air dans la cavité thoracique.*

En Allemagne, le procédé de Schultze est classique, aussi croyons-nous nécessaire de le décrire complètement tout en ne le conseillant pas. L'auteur l'expose en ces termes : « L'accoucheur (debout, le haut du corps légèrement penché en avant, les jambes modérément écartées, les bras étendus vers le bas) tient l'enfant suspendu à ses index passés d'arrière en avant sous les creux axillaire et recourbés en crochet, les pouces reposant doucement sur le sommet de la face antérieure du thorax fœtal, les trois derniers doigts de chaque main appliqués dans une direction oblique en bas et en dedans sur la face postérieure du thorax. La tête de l'enfant, qui tend à tomber inerte, trouve un point d'appui en arrière sur les bords cubitaux (tournés l'un vers l'autre) et sur une partie de la face palmaire des mains. Ceci est la position d'inspiration dans laquelle l'enfant ne doit pas être maintenu pour le moment.

« Sans perdre un instant, l'accoucheur lance l'enfant en avant et en haut ; quand les bras de l'accoucheur sont un peu plus élevés que la direction horizontale, il arrête leur mouvement si doucement que l'extrémité inférieure du corps fœtal n'est pas projetée violemment en avant, mais

culbutée lentement dans cette direction, c'est-à-dire vers l'accoucheur par une flexion de la colonne vertébrale, et comprime fortement le ventre par le poids de l'extrémité pelvienne. Tout le poids de l'enfant repose dans cette position sur les pouces de l'accoucheur placés à la face antérieure du thorax. — Dans ce balancement vers en haut, il faut particulièrement prendre garde que la flexion de la colonne vertébrale n'ait pas lieu dans les segments thoraciques, mais bien dans le segment lombaire ; que le soulèvement des bras jusqu'à l'horizontale ait lieu par un mouvement brusque et vigoureux des bras dans l'articulation scapulo-humérale, pour que l'élévation des bras se fasse de plus en plus lentement. »

La manœuvre doit débuter par le mouvement d'expiration forcée afin d'exprimer les liquides aspirés qui sortent par la bouche et les narines, mais on est loin d'obtenir toujours ce résultat, si les mucosités sont adhérentes aux parois de l'arbre aérien.

Rzad (de Lodz) emploie un procédé moins brutal, quoique basé sur le même principe, moins fatigant pour le médecin et pouvant être exécuté même dans une chambre très exiguë.

Le médecin asseoit l'enfant sur ses genoux, de façon à appuyer contre sa poitrine le dos du nouveau-né dont il embrasse le thorax avec les mains en appliquant le pouce sur l'omoplate et les quatre autres doigts sur l'abdomen. Il fléchit ensuite rapidement le tronc de l'enfant jusqu'à ce que la tête pende en avant et il comprime en même temps le ventre et la partie inférieure de la poitrine.

On provoque ainsi une expiration énergique et l'écoulement des mucosités accumulées dans les poumons. Pour faciliter cet écoulement, on laisse le corps de l'enfant pendant cinq à dix secondes dans l'attitude qui vient d'être décrite, puis on le redresse lentement. Pendant ce mouvement on cesse de comprimer le tronc, on rejette en arrière la tête du nouveau-né en s'aidant des pouces avec lesquels

on presse ensuite légèrement sur les côtes au-dessous des omoplates ; on obtient alors une inspiration profonde et parfois bruyante.

En faisant alterner régulièrement ces deux positions, Rzad parvient habituellement à ranimer le nouveau-né.

Rivière préconise une méthode à peu près analogue à celle de Schultze. « L'enfant est saisi par les jambes et tenu ainsi suspendu, la face regardant en avant ; cette première attitude correspond à la position d'inspiration. L'accoucheur soulève ensuite le fœtus et lui fait décrire une courbe en arc de cercle de telle manière que le siège soit plus haut que l'extrémité céphalique ; la face regarde toujours en avant. Dans cette position, le poids du corps et la pression des viscères abdominaux sur le diaphragme réalisent l'expiration et produisent l'expulsion de mucosités. Par une manœuvre inverse, on ramène ensuite le fœtus à la position d'inspiration, ce procédé est répété huit à douze fois par minute comme dans la méthode de Schultze. » (Ribemont-Dessaignes et Lepage.)

Quant au procédé de Sylvester, modifié par Pacini, par Bain, par Champneys, c'est une manœuvre de respiration artificielle à peu près semblable à celle qu'on exécute chez l'adulte, mais il ne peut réussir qu'à la condition que les voies respiratoires ne soient pas obstruées, ce qui est l'exception.

En France, ces procédés sont peu employés, on leur fait un certain nombre de justes reproches, entre autres celui d'être *trop violents et par conséquent d'aggraver l'état du nouveau-né* et on leur préfère l'*insufflation*.

Si l'on n'a pas l'instrument dont nous parlerons plus loin, on peut avoir recours à l'insufflation de bouche à bouche avec interposition d'un linge fin. Ce moyen, peu agréable à exécuter, a l'inconvénient de ne pas désobstruer les voies respiratoires laryngée, trachéale et bronchiques, de refouler les mucosités laryngées dans les bronches, de faire pénétrer dans les poumons de l'air provenant de l'ex-

piration de l'opérateur et par conséquent très chargé en acide carbonique, et enfin d'envoyer l'air à la fois dans les voies aériennes et dans les voies digestives. L'estomac dilaté devient alors une gêne pour l'exécution des mouvements du diaphragme. Champneys a imaginé différents moyens pour débarrasser les voies aériennes supérieures des mucosités qui les obstruent, mais ils sont d'un usage peu courant.

C'est vers la fin du siècle dernier que les premiers appareils destinés à faire l'insufflation furent imaginés. Trop compliqués et peu commodes, ces appareils avaient en outre des inconvénients sérieux : comme dans l'insufflation de bouche à bouche, l'air lancé par eux avait plus de tendance à s'engager dans l'œsophage, plus largement ouvert, qu'à pénétrer dans les poumons.

D'autre part, il était difficile, sinon impossible, d'*aspirer* les liquides visqueux, parfois mélangés de méconium, qui, chez le nouveau-né, occupent non seulement l'arrière-gorge, mais aussi le larynx et la trachée. La création des tubes de Five, d'Albert, de Chaussier, qui pénètrent dans le conduit laryngo-trachéal, constitue un premier progrès. L'insufflateur de Chaussier fut longtemps adopté et presque exclusivement employé en France, quoique très imparfait et d'une manœuvre difficile ; c'est ce qui faisait dire à Tarnier à la tribune de l'Académie de médecine « que, pour sa part et malgré son habitude de pratiquer cette opération en suivant les préceptes classiques, il introduit du premier coup, à peu près deux fois sur quatre, son tube dans l'œsophage, et que ce n'est qu'après des tâtonnements plus ou moins prolongés qu'il réussit à pénétrer dans le larynx ».

Depaul, puis le professeur Pinard introduisirent des modifications heureuses. Ce tube fut remanié par M. Ribemont-Dessaignes qui l'établit sur des bases anatomiques et physiologiques, il lui donna une courbure semblable à celle de l'axe bucco-laryngé, une extrémité arrondie glissant facilement et ne pouvant pas déterminer de lésions à la mu-

queuse, un volume moulé sur celui du larynx et de la partie supérieure de la trachée.

Il se *compose* de deux parties : le tube proprement dit et la poire en caoutchouc épais.

Le tube est formé de deux segments, l'un rectiligne, l'autre recourbé.

Le premier est constitué par « une partie conique qui sert d'embouchure et sur laquelle on peut monter une poire en caoutchouc, et d'une autre partie, conique également, mais aplatie latéralement. Ces deux parties sont réunies par leur base. En ce point existe une double couronne de perles dont les aspérités fournissent une prise solide qui empêche l'instrument de vaciller entre les doigts.

« La portion bucco-laryngienne présente une courbure calquée sur la courbure du conduit bucco-laryngien d'un enfant nouveau-né de volume moyen et congelé, la tête étant placée dans une attitude intermédiaire à l'extension et à la flexion, position naturelle dans laquelle est placé pendant l'insufflation l'enfant qu'il s'agit de ranimer.

« La portion buccale est formée par un tube cylindrique et présente une double courbure moulée sur la saillie du rebord alvéolaire et sur la concavité de la voûte palatine.

« La portion laryngienne a la forme d'un cône très court, aplati sur les côtés et séparé d'un bouton terminal par un léger étranglement circulaire sur le contour duquel, en regardant la concavité de la courbure, se trouve situé l'orifice de sortie de l'air. »

Il est un point sur lequel nous désirons attirer l'attention des praticiens. Nous avons indiqué les bases anatomiques sur lesquelles M. Ribemont-Dessaignes s'était appuyé pour établir les courbures du tube, courbures qui ont été et qui sont reproduites fidèlement par M. Colin. Tous les fabricants ne font malheureusement pas de même, nous avons eu entre les mains un certain nombre d'instruments vendus sous le nom de tubes à insufflation du docteur Ribemont, qui ne sont pas la reproduction exacte du modèle

de l'inventeur. Les courbures sont modifiées, la portion bucco-laryngienne ne présente ni le même diamètre, ni la même longueur. La moindre modification peut être une cause de difficultés dans l'introduction du tube et même une cause de lésions des muqueuses.

Quant à la poire en caoutchouc destinée à s'adapter sur le tube, son fond est percé d'un trou assez large et sa capacité est de 28 centimètres cubes. On n'insuffle ainsi, à chaque pression sur la poire, qu'une quantité d'air inférieure à celle qui peut provoquer de l'emphysème. Il a été démontré, en effet, que les poumons pouvaient recevoir sans danger une quantité d'air oscillant entre 25 et 36 centimètres cubes, en moyenne 30 centimètres cubes 16 (Ribemont-Dessaignes). Ce réservoir a de plus le gros avantage d'*insuffler de l'air atmosphérique* et non de l'air provenant de l'expiration de l'opérateur et de l'*insuffler lentement et régulièrement*. On évite ainsi l'emphysème traumatique se produisant très facilement dans les poumons qui n'ont pas encore respiré, comme l'a démontré anatomiquement et expérimentalement Pinard.

Le manuel opératoire comprend quatre temps, quelquefois les deux premiers suffisent, l'enfant faisant spontanément des mouvements respiratoires dès que son larynx, sa trachée et ses bronches sont débarrassés des mucosités : 1° l'introduction du tube ; 2° l'aspiration des mucosités ; 3° l'introduction du tube débarrassé des substances qui peuvent l'obstruer ; 4° l'insufflation qui ne doit être faite qu'après avoir désobstrué aussi complètement que possible les voies respiratoires.

1° *Introduction du tube.* — Celui-ci doit être *stérilisé* soit en le flambant, soit en le faisant bouillir avant l'expulsion du fœtus. L'enfant, entouré de linges chauds, est couché sur un oreiller, *la tête placée dans une position intermédiaire à la flexion et à l'extension.*

Le praticien, après avoir pris soin de rendre ses mains aseptiques, saisit l'insufflateur de la main droite au niveau

de la bague rugueuse ; avec l'index gauche il pénètre dans la cavité buccale, qu'il traverse pour se porter dans le pharynx, avec la pulpe du doigt il cherche à se rendre compte des saillies formées par les cartilages aryténoïdes, derrière lesquels se fixe le doigt. En se guidant sur la face palmaire de celui-ci, on fait glisser l'insufflateur qui n'a qu'une voie ouverte à sa descente, celle du larynx, puisque le doigt introduit obture l'orifice pharyngo-œsophagien. L'instrument est alors relevé très doucement et ramené sur la ligne médiane, en même temps que le doigt guide est légèrement remonté pour permettre à la portion laryngée du tube de descendre occuper la place qui lui est destinée. Introduisant de nouveau le doigt dans le pharynx laryngien, on s'assure que le tube est bien introduit dans le larynx, car il est senti à travers la membrane inter-aryténoïdienne. Le doigt est alors retiré complètement, maintenant va commencer le deuxième temps, c'est-à-dire l'aspiration.

2° *Aspiration des mucosités*. — Pour cela, on saisit de la main gauche (la droite maintenant le tube en place) la poire dont on bouche l'orifice placé sur le fond avec la pulpe du pouce. Celui-ci comprime alors la poire pour en chasser l'air et pour la maintenir aplatie. Elle est placée sur le tube. « Puis le pouce, sans cesser de boucher l'ouverture de la poire, cède peu à peu et se laisse repousser par l'élasticité du caoutchouc.

« En reprenant sa forme, la poire fait ainsi le vide dans l'arbre aérien, aspire les mucosités et les fait pénétrer dans le tube. Afin de les y engager davantage, autant que pour en attirer une plus grande quantité, on sépare le réservoir du tube laissé en place et, comme la première fois, on l'aplatit pour en expulser l'air, puis on l'adapte de nouveau sur l'insufflateur et l'on fait une deuxième aspiration. Lorsque, après deux ou trois manœuvres semblables, on pense avoir aspiré la plus grande partie des mucosités, l'insufflateur est lui-même retiré ; un courant d'air rapide poussé à travers le tube à l'aide de la poire le débarrasse entièrement

des liquides visqueux dont il était chargé. » (Ribemont-Dessaignes et Lepage.)

Cette aspiration des mucosités peut également être faite avec la bouche, comme nous l'avons décrit à propos de l'aspiration pharyngienne.

3° *Introduction nouvelle du tube.*

4° *Insufflation.* — La poire, non modifiée dans sa forme, est ajustée et soutenue avec l'annulaire et le médius de la main gauche.

« Le pouce est appliqué sur le fond du réservoir et bouche son ouverture. Puis on comprime *lentement* la poire dans le sens de sa longueur, et la presque totalité (25 centimètres cubes) de l'air qu'elle contenait passe dans les poumons. Au bout d'un instant, le pouce est relevé de manière à laisser libre l'ouverture, qu'il bouchait tout à l'heure.

« L'expiration se fait grâce aux forces élastiques des poumons et des parois thoraciques aidées ou non par une légère pression exercée avec la main sur la poitrine. Le gaz que contient actuellement le réservoir est, pour sa plus grande part, constitué par de l'air qui vient d'être expiré par les poumons. Il importe d'en débarrasser la poire ; pour cela, celle-ci est saisie et comprimée latéralement au niveau de sa partie renflée entre le pouce et l'index. L'air s'échappant par l'orifice, qui est au fond du réservoir, est rejeté au dehors. On laisse alors la poire se dilater, se remplir d'air atmosphérique propre à être injecté dans les alvéoles du poumon, et l'on se trouve en mesure de pratiquer une nouvelle insufflation. » (Ribemont-Dessaignes.)

Celles-ci doivent être faites six ou sept fois par minute, en laissant toujours à l'expiration le temps de se produire, en s'arrêtant si on sent de la résistance, et en les espaçant dès que l'enfant commence à respirer spontanément. Quelquefois il est nécessaire de continuer l'insufflation pendant très longtemps : une demi-heure, trois quarts d'heure et même plus ; tant qu'il y a des battements du cœur, il faut persévérer, surtout si ceux-ci deviennent plus intenses et

plus fréquents. Lorsqu'au cours de l'insufflation on constate « de petits mouvements spasmodiques du diaphragme se terminant par une profonde inspiration,on est sur la voie du succès ». (Pinard.)

Il est des cas où, sous l'influence de la respiration artificielle, on a pu entretenir les battements du cœur pendant des heures, battements qui se ralentissent et disparaissent dès qu'on cesse l'intervention.

L'enfant ranimé devra être couché sur le côté dans son berceau sans rideaux et entouré de boules d'eau chaude ; on aura eu soin de ne pas le serrer avec son maillot pour ne pas gêner les mouvements respiratoires. La pièce où il sera placé devra être bien aérée, et une personne sera spécialement chargée de le surveiller. S'il doit vivre, la respiration sera régulière et calme, et à certains moments il poussera des cris normaux, dans ces cas le pronostic est bon. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi; bien qu'on ait fait apparaître des mouvements respiratoires, l'enfant peut conserver un certain degré de cyanose, il émet des petits cris plaintifs, véritables gémissements, la respiration est irrégulière, des contractures ou des convulsions apparaissent ; il existe alors des lésions des centres nerveux qui déterminent la mort. Celle-ci peut aussi survenir dans les jours qui suivent la naissance ; elle est déterminée par une complication pulmonaire infectieuse, ayant eu son point de départ au cours de l'accouchement ou pendant les manœuvres faites pour ranimer l'enfant.

En résumé, nous formulons de la façon suivante la conduite à tenir :

« Au moment d'un accouchement, avoir à portée de la main un linge fin et le tube insufflateur de Ribemont stérilisé.

« Placer l'enfant dans un linge chaud, la tête en position déclive, et attendre la disparition des battements du cordon pour le sectionner.

« Pendant ce temps, désobstruer la cavité buccale et pharyngienne et exciter le réflexe respiratoire cutané. »

Si le résultat attendu n'est pas obtenu ou est mal obtenu, le cordon ayant été sectionné :

« Désobstruer au moyen du tube le pharynx, puis le larynx et la trachée.

« Pratiquer ensuite l'insufflation, si c'est nécessaire. »

MORT DU FŒTUS PENDANT LA GROSSESSE

Nombreuses sont les causes capables de déterminer la mort du fœtus pendant la durée de la gestation ; ces causes doivent être bien connues du praticien, car certaines d'entre elles peuvent être évitées grâce à la prescription d'une thérapeutique prophylactique.

Parmi les causes d'origine maternelle, nous signalerons par ordre de fréquence : la syphilis, l'albuminurie et les intoxications professionnelles (voir ces affections à chacun des chapitres qui leur sont consacrés).

Assez fréquemment, le père est seul en cause, syphilis, intoxications professionnelles ou vicieuses, et c'est sur lui qu'il faudra agir.

Parfois le fœtus meurt accidentellement : malformations, anomalies du cordon, maladie aiguë de la mère, etc., cette catégorie de causes offre peu d'intérêt au point de vue pratique, car nous n'avons aucune prise sur elles.

En pratique, chaque fois qu'on n'aura pas trouvé la cause véritable de la mort, hémorragies placentaires dans l'albuminurie par exemple, il faudra songer à la syphilis paternelle ou maternelle, diriger son enquête dans cette voie et même en cas de doute instituer un traitement prophylactique au cours d'une grossesse nouvelle.

Nous n'envisagerons ici que la mort du fœtus contenu dans la cavité utérine, car nous avons déjà étudié spécialement la rétention fœtale dans la grossesse extra-utérine.

Pendant les premiers mois de la grossesse le diagnostic de la mort du fœtus est presque impossible à préciser, mais

vous devrez toujours y penser lorsque vous constaterez chez une femme n'ayant plus ses règles : 1° une augmentation de volume de l'utérus ; 2° un état stationnaire du développement utérin. Les présomptions seront encore plus grandes si la femme accuse la disparition brusque de certains troubles dits sympathiques de la grossesse et une fluxion mammaire, que vous devrez toujours rechercher.

Après quatre mois et demi, il vous sera d'autant plus facile d'affirmer la mort du fœtus que vous aurez eu l'occasion d'établir précédemment un diagnostic ferme de grossesse utérine par la constatation des signes de certitude. La femme vous consultera parce qu'elle *ne sent plus remuer* depuis quelque temps et qu'elle s'aperçoit *qu'elle ne grossit plus*. A l'examen vous remarquerez que l'utérus est plus mou, que le ballottement fœtal est plus difficile, quelquefois même impossible à percevoir ; vous ne retrouverez plus les bruits du cœur du fœtus, vous déterminerez parfois de la crépitation au niveau de la tête fœtale et vous ferez sourdre quelques gouttes de lait par la pression du mamelon.

Dans certains cas, cependant, vous pourrez être embarrassés; la femme, qui vous consulte, vient à vous pour la première fois, le fœtus est mort depuis un temps plus ou moins long et l'utérus est tellement mou qu'on ne sent rien ou pas grand-chose. Ne vous prononcez pas après ce premier examen, demandez à votre cliente de revenir une dizaine de jours plus tard, vous aurez peut-être la chance, au cours d'un de ces examens, de sentir un organe se contracter sous la main qui palpe, c'est l'utérus.

Traitement. — Une fois le diagnostic posé, que faire ? *Rien, si l'œuf est intact*. Ne vous laissez pas influencer par les pressions qu'on ne manquera pas d'exercer dans l'entourage. Sachez attendre et à un certain moment, qu'il vous est impossible et que vous ne devrez jamais préciser, la femme sera prise de douleurs et expulsera spontanément en un ou deux temps le contenu de son utérus.

Si l'œuf est ouvert, il faut agir et se presser par crainte de la putréfaction qui se produit rapidement.

Après une antisepsie rigoureuse de la vulve et du vagin d'une part, de vos mains et de vos instruments d'autre part, vous introduirez dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes de petit ou de moyen volume suivant le développement utérin. Ce ballon produira ou activera le travail, il sera expulsé et derrière lui viendront le fœtus et le placenta. Si le ballon était seul chassé par les contractions, il ne faudrait pas hésiter, après un nouveau nettoyage vulvo-vaginal et manuel, à introduire la main dans la cavité utérine pour en extraire le fœtus et ses annexes. Vous terminerez par une injection intra-utérine et une injection sous-cutanée de sérum anti-streptococcique, et vous redoublerez de soins pendant toute la durée des suites de couches.

MORT SUBITE PENDANT LA PUERPÉRALITÉ

Au point de vue thérapeutique la mort subite ne nous intéresse que chez la femme enceinte ou en travail, lorsque le fœtus est viable.

Pendant les suites de couches, période pendant laquelle la mort subite est relativement plus fréquente, car c'est la période des embolies, il n'y a rien à faire.

Lorsqu'une femme enceinte meurt subitement, la survie du fœtus est possible ; elle peut durer de un quart d'heure à une heure et même deux heures, le fœtus trouvant dans les globules sanguins maternels une quantité d'oxygène suffisante pour vivre. Aussi doit-on toujours chercher à sauver l'enfant. S'il s'agit d'une primipare, c'est à l'opération césarienne qu'il faut avoir recours. Si, au contraire, la femme qui vient de mourir est multipare, on doit essayer d'extraire le fœtus par la dilatation rapide et forcée du col de l'utérus, suivie de l'extraction au moyen du forceps ou de la version.

Ce procédé offre sur le précédent plusieurs avantages : il n'exige pas une instrumentation, qu'on n'a pas toujours sous la main et qu'on n'a pas le temps de se procurer ; il ne présente pas les conséquences graves pouvant résulter d'une opération pratiquée sur une femme qui ne serait qu'en état de mort apparente. En présence d'une telle crainte il est permis d'hésiter avant d'intervenir chirurgicalement, et cette hésitation enlève au fœtus les quelques chances de vie qu'il a pu conserver.

Pendant le travail l'intervention de choix est d'achever la dilatation du col et d'extraire aussi rapidement que possible le fœtus soit à l'aide du forceps, soit en s'adressant à la version.

Si l'on éprouvait des difficultés dans ces manœuvres, il faudrait recourir à l'opération césarienne.

L'opération césarienne post-mortem doit toujours être terminée, comme si l'on opérait sur une femme vivante, c'est-à-dire que l'utérus et la paroi abdominale doivent être suturés.

MUGUET

Le muguet ou « blanchet » est une affection fréquente chez le nourrisson athrepsique. Elle est caractérisée par un semis blanchâtre développé sur la muqueuse de la langue, des lèvres et des joues, d'autres organes du tube digestif comme le pharynx, l'œsophage, l'estomac et l'intestin, sont parfois envahis par le parasite.

D'abord isolés ces grains blancs, puis jaunâtres peuvent se réunir pour constituer une nappe très adhérente à la muqueuse sous-jacente ; lorsqu'on les enlève, on constate que celle-ci est rouge et vernissée. La difficulté de les détacher de leur point d'implantation et les caractères présentés par la muqueuse sur laquelle ils reposaient permettent de distinguer le muguet des traces de lait qu'on rencontre souvent dans la cavité buccale du nourrisson.

Le muguet est une levure, saccharomyces albicans, dont certaines cellules sont filamenteuses, myCéliums, et les autres arrondies, spores. Ce champignon se développe de préférence dans les milieux sucrés ou acides.

Traitement. — Pour faire disparaître le muguet, il faut :

1° Frotter matin et soir les muqueuses linguale et buccale avec un tampon de coton hydrophile trempé dans de la liqueur de Van Swieten et bien exprimé ;

2° Laver fréquemment la cavité buccale, surtout avant le tétée, avec :

Borate de soude	15 grammes
Eau	150 —

ou :

Eau de chaux du Codex

ou :

Bicarbonate de soude Borate de soude	ââ 4 grammes
Glycérine Eau	ââ 20 —

Dans les cas graves, on commencera par nettoyer avec du coton hydrophile stérilisé la muqueuse pour enlever les plaques, puis on la badigeonnera une fois par jour au moyen d'un petit tampon monté sur une pince et imprégné de :

Nitrate d'argent	1 gramme
Eau stérilisée	50 —

On neutralisera aussitôt l'excès de nitrate avec un autre tampon trempé dans une solution saturée de chlorure de sodium.

Le mamelon ou la tétine sera lavé avant la tétée avec une solution de borate de soude à 10 p. 100, et après la tétée avec de la liqueur de Van Swieten dans laquelle on laissera séjourner la tétine. En cas de vomissements, on fera en plus tous les jours un lavage de l'estomac avec :

Bicarbonate de soude	5 grammes
Eau bouillie	100 —

NÆGELÉ (BASSIN DE)

Ce bassin est fréquemment dénommé à cause de sa forme bassin oblique ovalaire.

Pour en faire le diagnostic, il faut y penser, car cette malformation pelvienne a peu de signes extérieurs apparents et passe aisément inaperçue, lorsqu'on ne la recherche pas avec soin.

Nous devons rappeler qu'elle consiste essentiellement en un arrêt de développement d'un des ailerons du sacrum avec *ankylose de l'articulation sacro-iliaque correspondante*, point capital à retenir au point de vue de l'intervention. La malformation ne porte pas seulement sur la région du détroit supérieur, elle règne dans toute la hauteur de l'excavation et par conséquent la progression de la tête est gênée d'un bout à l'autre du bassin dans le cas où elle est encore possible. Tout le côté du bassin qui correspond à la lésion est déformé comme par un coup de battoir qui aurait été appliqué sur la cavité cotyloïde et aurait aplati du même coup l'aile iliaque, la ligne innominée et la moitié de l'excavation située au-dessous. La face antérieure du sacrum regarde la lésion et contemple le désastre, la symphyse pubienne est déjetée du côté opposé.

Cliniquement la région externe de la fesse correspondant à la lésion est aplatie, le sillon interfessier est oblique en bas vers le côté sain, le pli sous-fessier est plus haut du côté malade que du côté normal. Le losange de Michaelis est rétréci du côté malade, la distance de l'épine iliaque postéro-inférieure à l'apophyse épineuse lombaire correspondante est beaucoup plus courte du côté aplati que du côté sain. Tout cet examen doit être fait sur la femme debout. En plaçant un fil à plomb devant l'abdomen exactement sur la ligne médiane, on constate que la symphyse pubienne est déportée en dehors de la ligne médiane du côté de la fesse non aplatie.

Par le toucher on explore beaucoup plus facilement la partie rétrécie du bassin que la moitié opposée, mais ici, comme dans tous les cas où l'on veut apprécier une asymétrie pelvienne, il faut examiner la femme en travers de son lit et toucher successivement et comparativement chaque côté du bassin avec la main correspondante.

L'anamnèse fournit chez les multipares des résultats qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic, car les accouchements sont habituellement très dystociques et, comme, d'autre part, on ne trouve pas de signes de rachitisme, on est amené à rechercher si le bassin ne présenterait pas quelqu'autre lésion.

Pratiquement, on passe avec la plus grande facilité à côté du bassin oblique ovalaire sans le voir, aussi se laisse-t-on souvent surprendre par la dystocie. Si le bassin est peu spacieux ou si l'enfant est volumineux, celui-ci succombera ou ne passera qu'après un travail pénible.

Instruit par ce premier échec, on sera en mesure, après examen plus approfondi, de faire un diagnostic précis et par là même de porter le pronostic juste, généralement sombre, car les difficultés iront croissant avec la parité et le volume des enfants.

Actuellement, on peut s'aider dans un cas semblable des ressources mises à notre disposition par la radiographie métrique.

Traitement. — Pour être correct et efficace, le traitement de la dystocie résultant du bassin oblique ovalaire ne doit pas être improvisé au cours du travail. Avant tout, il y a une grosse faute à éviter, c'est de faire une symphyséotomie ou une pubiotomie au petit bonheur pour agrandir, espère-t-on, le bassin. Ces opérations ne doivent jamais être entreprises sans s'être assuré au préalable de l'intégrité des articulations sacro-iliaques. Si l'une d'elles est ankylosée, on ne peut plus compter que sur un agrandissement tout à fait insuffisant du bassin.

Ceci dit, si l'on juge que l'accouchement peut être aban-

donné aux forces naturelles, il faut chercher à orienter l'occiput du côté large du bassin et pour cela faire, s'il y a lieu, une version.

L'accouchement prématuré provoqué est à rejeter, il ne donne que de mauvais résultats.

Si l'on décide une opération, il faut avoir recours soit à l'ischio-pubiotomie, soit de préférence à l'opération césarienne.

NAINES (BASSIN DES)

Tout femme de petite taille doit être examinée avec soin par l'accoucheur au point de vue de la forme et des dimensions du bassin. Sans doute on peut rencontrer des bassins absolument suffisants chez des femmes petites, mais il est fréquent aussi de trouver le bassin notablement réduit dans ses dimensions. Quand l'exiguïté de la stature devient du nanisme, les viciations pelviennes sont la règle.

C'est par l'inspection et surtout par le toucher que l'on peut reconnaître le bassin nain. C'est un bassin en miniature, bien proportionné, mais à échelle réduite, aussi la malformation se révèle-t-elle à l'examen extérieur par la réduction plus ou moins considérable de toutes les dimensions de la ceinture pelvienne.

Par le toucher on constate que l'exploration du détroit supérieur et de toute l'excavation est des plus faciles même avec un seul doigt ; à aucun moment la pulpe de l'index ne perd le contact avec les parois pelviennes qu'elle suit partout sans la moindre difficulté.

Le pourtour du détroit supérieur est régulièrement circulaire décrivant une courbe de court rayon.

Pour porter un pronostic, on peut se baser sur la dimension du diamètre promonto-sous-pubien, mais avec cette réserve capitale que le bassin des naines, s'il est étroit d'avant en arrière, n'est pas agrandi transversalement. Aussi par com-

paraison avec le bassin rachitique le pronostic s'assombrit beaucoup plus rapidement à mesure que la longueur du promonto-sous-pubien diminue, par exemple au-dessus de 11 centimètres l'accouchement sera possible, entre 11 et 10 il deviendra douteux ; au-dessous de 10 impossible. Ce ne sont là que des points de repère approximatifs, il faudra rapprocher de leur évaluation les résultats fournis par le palper mensurateur. Enfin il ne faut pas perdre de vue que les parties molles sont elles aussi très peu développées, ce qui contre-indique toute idée d'agrandissement chirurgical du bassin.

Traitement. — L'opération de choix est l'opération césarienne dans tous les cas où le bassin est véritablement nain.

Quand il est plus spacieux, on peut discuter les probabilités d'accouchement spontané en se basant sur les résultats de l'examen et en s'aidant des points de repère indiqués plus haut.

En cas de refus de l'opération césarienne, l'accouchement prématuré peut donner alors des résultats satisfaisants. Les pelvitomies doivent être déconseillées, elles exposent à des lésions importantes des parties molles. Le forceps trouvera des indications assez fréquentes en raison de la longueur du travail, de la lenteur de la progression de la tête, de l'insuffisance des efforts d'expulsion.

NÉVRALGIES GRAVIDIQUES

Les névralgies sont assez fréquentes pendant la grossesse. Les unes survenant au début de la gestation sont d'ordinaire d'origine toxique, elles constituent une des manifestations de l'auto-intoxication gravidique, quelques-unes d'entre elles sont dues probablement à des insuffisances glandulaires.

D'autres, au contraire, sont d'origine mécanique, elles apparaissent dans les derniers mois de la gravidité et sont déterminées par la compression de certains plexus nerveux ou de certains nerfs soit par la masse utérine, soit par la

tête fœtale appuyant sur l'entrée du bassin ou engagée dans l'excavation.

Des névralgies d'origine toxique peuvent se localiser en un point quelconque du système nerveux périphérique : elles se rencontrent de préférence chez les névropathes, qui sont sujettes aux névralgies en dehors de la gravidité, parfois sous forme de crises périodiques. Tantôt il s'agit de névralgies frontales uni ou bilatérales, de névralgies du trijumeau ou de névralgies intercostales, etc., tantôt ce sont des névralgies péri-génitales, c'est-à-dire localisées dans la sphère des nerfs abdomino-génital, génito-crural, crural ou sciatique.

A la fin de la grossesse, la névralgie lombo-abdominale et la névralgie sciatique sont les formes les plus fréquentes, elles sont presque toujours unilatérales et siègent plus souvent à droite qu'à gauche. Dans bien des cas elles n'occupent pas la totalité du nerf, elles sont limitées à des zones plus restreintes qui sont sous la dépendance des branches de division du nerf.

Les douleurs sont tantôt sourdes, tantôt aiguës et s'accompagnent d'élancements superficiels ou profonds qui peuvent empêcher tout sommeil et par conséquent retentir sur l'état général.

Dans la névralgie sciatique, la douleur occupe la fesse, la partie postérieure de la cuisse et le mollet, l'acuité est surtout accusée aux points de Walleix, la marche est difficile et parfois impossible, car les douleurs aiguës sont réveillées par le moindre mouvement.

Traitement. — Actuellement nous n'avons à notre disposition qu'une thérapeutique symptomatique. On ordonnera un ou deux cachets par jour de :

Pyramidon	0,25 centigr.

ou deux ou trois pilules de :

Extrait de belladone	0,10 centigr.
Extrait de valériane	1 gramme.
Poudre de valériane	1 —

Pour dix pilules.

Dans les névralgies gravidiques du début de la grossesse, il faut en même temps prescrire le régime lacto-végétarien ou le régime lacté absolu suivant les circonstances, et des laxatifs fréquents; en un mot il faut, dans les névralgies d'origine uniquement gravidique, appliquer la thérapeutique commune à toutes les manifestations de l'auto-intoxication gravidique.

L'action des extraits organiques, corps thyroïde ou ovaire est encore insuffisamment connue dans ces cas; mais il est possible qu'en les administrant à doses modérées, 0,25 centigrammes de poudre une fois par jour, on obtienne d'excellents résultats.

Dans les névralgies de la fin de la grossesse, et en particulier dans les névralgies sciatiques, on pourra faire de la révulsion locale avec des pulvérisations de chlorure d'éthyle ou de chlorure de méthyle; on atténue également la douleur en pratiquant des frictions d'une durée de cinq minutes, matin et soir, avec une flanelle imbibée de :

Salicylate de méthyle.	àà 10 grammes.
Chloroforme	
Teinture de benjoin	
Alcoolat de Fioraventi.	àà 75 —
Alcool.	

NÉVRITE GRAVIDIQUE

Par névrite gravidique il faut entendre non pas toutes les névrites pouvant survenir dans le cours de la grossesse, mais seulement celles qui reconnaissent pour cause unique la gravidité. Cette définition nous fait donc éliminer les névrites survenant pendant des suites de couches pathologiques et ayant une origine infectieuse, leur allure et leur thérapeutique n'ont du reste rien de spécial.

La névrite gravidique, quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente, polynévrite ou mononévrite, est une des nombreuses manifestations de l'auto-intoxication gravi-

dique, mais elle en est une manifestation relativement rare. Lorsqu'elle apparaît, elle a été le plus souvent précédée d'autres troubles de même origine : albuminurie, céphalalgie, vomissements plus ou moins graves ; elle peut, dans certains cas cependant, être le premier accident qui attire l'attention. Pour expliquer la localisation sur le système nerveux périphérique des toxines fabriquées par la femme enceinte, toxines dont nous avons déjà indiqué l'origine, on a incriminé la prédisposition et le terrain ; dans quelques observations on a retrouvé dans les antécédents personnels ou dans les antécédents héréditaires de la malade une tare nerveuse et, en particulier, l'hystérie, mais dans d'autres cette enquête faite avec soin n'a rien révélé.

Le véritable type clinique est représenté par la *polynévrite généralisée*, qui est la plus fréquente et la plus importante.

Elle débute d'ordinaire par les membres inférieurs pour gagner ensuite les membres supérieurs ; dans certains cas c'est la marche inverse qui se produit ; enfin, on peut voir les quatre membres envahis en même temps.

La paralysie apparaît rarement d'emblée ; elle est le plus souvent précédée de *troubles de la sensibilité*, fourmillements, picotements, sensation de froid, douleurs lancinantes, suivis bientôt d'un véritable engourdissement et d'une faiblesse telle des membres qu'elle peut aller jusqu'à l'impotence.

La période d'état est caractérisée par les *troubles paralytiques*. La malade est dans l'impossibilité de se tenir debout et même de soulever ses pieds du lit ; ceux-ci sont en position *varus équin*, les réflexes tendineux (rotuliens et achiléens) sont très diminués et souvent complètement disparus. L'*atrophie* musculaire, qui succède à cette paraplégie flasque, fait des progrès rapides, ce qui donne aux membres inférieurs un aspect d'amaigrissement considérable ; les muscles les plus touchés sont ceux qui font partie du groupe antéro-externe de la jambe, elle peut aussi gagner les muscles du mollet et le quadriceps fémoral.

Du côté des membres supérieurs, la paralysie est moins accentuée, elle frappe de préférence les mains et les avant-bras et rend tout travail manuel impossible. L'atrophie se localise surtout aux muscles fléchisseurs des doigts et au cubital antérieur, elle peut également atteindre les muscles de l'avant-bras et de la main et même les muscles du bras et les muscles élévateurs du membre supérieur. Dans ce cas ce dernier pend le long du corps et la malade ne peut lui faire exécuter aucun mouvement.

Soumise à l'examen électrique, la contractilité musculaire peut être abolie au courant faradique, mais elle est seulement diminuée au courant galvanique. On a rarement observé la réaction de dégénérescence.

Les troubles paralytiques peuvent aussi se localiser sur le facial, sur les nerfs du pharynx, de la langue et même sur le phrénique et le pneumogastrique.

Les *troubles de la sensibilité* sont très variables. La douleur est souvent spontanée sur le trajet des nerfs grand sciatique, sciatique poplité externe, fémoro-cutané et tibial et quelquefois dans la sphère du nerf crural. Les signes de Lasègue (flexion de la cuisse sur le bassin, la jambe étant en extension) et de Kernig (impossibilité d'obtenir l'extension complète des genoux dans la station assise) sont facilement constatés.

Par la pression on réveille de la douleur sur le trajet des nerfs atteints et, en particulier, au niveau des points où ils deviennent superficiels.

Du côté de la sensibilité cutanée il y a tantôt abolition complète de la sensibilité au tact, à la douleur et à la température, tantôt simple diminution, tantôt perversion des différents modes de la sensibilité, tantôt enfin on constate de l'hyperesthésie. Ces troubles peuvent exister dans tout un membre ou seulement dans un segment de membre, ils sont parfois limités à des zones plus ou moins étendues.

Dans certains cas on voit également se produire des *troubles psychiques :* disparition de la mémoire des faits ré-

cents, affaiblissement de l'intelligence, irritabilité du caractère, indifférence, tristesse et même délire, hallucinations, manie, crises de folie nocturne. Ces différents troubles ne sont pas une conséquence directe de la polynévrite, mais une preuve que les toxines, qui ont déterminé des lésions des nerfs périphériques, ont exercé une action semblable sur les centres nerveux. Aussi n'est-il pas rare de voir apparaître en même temps d'autres manifestations de l'auto-intoxication gravidique : albuminurie, ictère, vomissements graves, ptyalisme, etc.

L'état général ne dépend pas seulement de la polynévrite, mais encore des troubles toxiques qui l'accompagnent. La température est d'ordinaire normale, mais le pouls est plus rapide. Les urines, même quand elles ne renferment pas d'albumine, sont moins abondantes ; si l'on prend la précaution de recueillir toutes celles qui sont éliminées dans les 24 heures, on constate que leur quantité est inférieure à un litre, qu'elles sont acides et que le chlorure de sodium et l'urée sont très diminués.

Considérées seules les polynévrites gravidiques ne prennent un caractère grave que si elles envahissent des nerfs importants de l'économie. La névrite des nerfs du pharynx peut déterminer des difficultés dans la déglutition, on pourra toujours y remédier par le gavage ; tandis que la vie est mise en danger si le phrénique et le pneumogastrique sont atteints. Il en résulte des troubles respiratoires et circulatoires, trop bien connus pour que nous les décrivions.

A côté de la polynévrite généralisée qui, comme nous l'avons dit, représente le véritable type clinique de la névrite gravidique, on peut rencontrer des *polynévrites localisées* et même des *mononévrites*.

Les *polynévrites localisées* sont constituées par la localisation de la névrite soit uniquement sur les membres inférieurs, soit seulement sur les membres supérieurs : leurs symptômes sont ceux que nous avons décrits précédemment.

Les *mononévrites* gravidiques sont plus fréquentes qu'on ne peut le supposer, mais elles passent souvent inaperçues, à moins qu'elles ne se manifestent sous forme de *névrite sensorielle*.

La *névrite optique* est une complication bien connue de la grossesse ; comme elle coïncide souvent avec l'albuminurie, on avait invoqué cette dernière comme cause déterminante. De même qu'on peut voir des crises éclamptiques survenir sans avoir été précédées d'albuminurie, de même on peut rencontrer des névrites optiques sans qu'il existe la moindre trace d'albumine dans les urines. L'examen ophtalmoscopique ne constate souvent aucune des lésions caractéristiques de l'albuminurie. L'amblyopie, qui résulte de cette névrite, peut aller jusqu'à l'amaurose complète, tantôt celle-ci s'installe peu à peu, tantôt, au contraire, elle se manifeste rapidement. Après l'accouchement ces troubles oculaires peuvent disparaître complètement ou seulement en partie, quelquefois la cécité est permanente. Il n'est pas rare de voir des troubles visuels apparaître à une première grossesse et s'accentuer aux grossesses suivantes pour aboutir à la perte complète de la vue par atrophie optique.

Quoique plus rares que les troubles oculaires, les *troubles de l'ouïe* ont également été notés pendant la grossesse. Ils se manifestent d'abord par des bourdonnements, puis par une certaine dureté d'oreille ; la surdité complète uni ou bi-latérale peut, à son tour, apparaître. Après l'accouchement cette infirmité disparaît complètement ou s'améliore, mais il n'est pas rare de la voir se manifester de nouveau lors d'une autre grossesse et laisser dans la suite des traces plus accentuées.

Les *troubles de l'odorat et du goût* ont également été signalés, mais ils passent fort souvent inaperçus.

La marche et, par cela même, le pronostic de la névrite considérée isolément dépendent beaucoup du traitement de la cause et surtout de la rigueur et de la rapidité avec laquelle ce traitement est institué. Sous son influence les différentes manifestations disparaissent peu à peu ; si, au con-

traire, la névrite est livrée à elle-même ou si le traitement est mal ou tardivement appliqué, les symptômes peuvent persister jusqu'au moment de l'accouchement et disparaître ensuite plus ou moins vite au bout de quelques semaines ou de quelques mois. Les troubles de la sensibilité guérissent les premiers, puis les membres supérieurs, ordinairement moins touchés, recouvrent leurs fonctions. Du côté des membres inférieurs la guérison peut être fort longue, elle est en raison directe de l'intensité des lésions et en particulier de l'atrophie musculaire ; il faut parfois un traitement de plusieurs mois de massage et d'électricité avant de constater une légère amélioration ; dès que celle-ci se produit, les progrès sont d'ordinaire rapides.

Comme nous l'avons déjà dit, les névrites gravidiques ne sont souvent qu'une manifestation de l'auto-intoxication de la grossesse perdue au milieu d'autres, aussi dans ces cas est-il difficile d'attribuer à chacune la part qui lui revient dans le mauvais état général constaté chez la malade. Le pronostic dépend du nombre et de l'importance des autres appareils touchés ; il intéresse à la fois la mère et le fœtus. celui-ci peut être, en effet, expulsé prématurément vivant ou mort, il peut être sacrifié par l'interruption voulue de la grossesse dans le but de sauver l'existence de la mère.

Certaines localisations de la névrite gravidique présentent une gravité plus grande ; la névrite du pneumogastrique et du phrénique entraîne parfois une issue fatale et celle du nerf optique est capable de déterminer de la cécité.

Traitement. — Comme pour toutes les manifestations de l'auto-intoxication gravidique, c'est cette dernière qu'il faut combattre dès qu'elle apparaît sous une forme quelconque, on évitera ainsi l'éclosion des accidents d'origine névritique ; on les arrêtera, au contraire, dans leur évolution, s'ils sont à leur début.

Nous laisserons de côté le traitement prophylactique que nous avons étudié longuement dans des articles précédents (voir Auto-intoxication).

Dans le cas où les troubles névritiques existent seuls soit à leur période initiale, soit en pleine période d'état, il faut :

1° Soumettre la malade au *régime lacté absolu* ou *au régime hydro-lacté :*

2° *Assurer le bon fonctionnement de l'intestin* par de grands lavages quotidiens à l'eau bouillie salée (une cuillerée à café de sel pour un litre un quart d'eau qu'on fera bouillir pendant vingt minutes), par des purgatifs, calomel, 0,25 centigrammes deux fois par semaine ou 0,10 centigrammes tous les deux jours, eau-de-vie allemande, 15 à 20 grammes. En cas d'intolérance gastrique, on peut avoir recours au lavement purgatif.

3° *Faire fonctionner la peau* par des bains tièdes et des frictions sèches ou à l'alcool camphré ;

4° *Remonter l'état général*, si c'est nécessaire, par des injections sous-cutanées de sérum de Hayem ou d'eau de mer isotonique, de cacodylate de soude ou d'arrhénal ;

5° *Faire des examens fréquents d'urine* au point de vue de la quantité émise dans les 24 heures et de la recherche de l'albumine. Quant à la névrite, elle sera combattue par les moyens ordinaires, massage et électricité.

On peut, dans certains cas, être conduit à recourir à un traitement obstétrical, qui sera l'interruption de la grossesse par les procédés habituels. Ces cas sont heureusement rares, quand la névrite est seule en cause. Les indications sont la localisation sur les nerfs phrénique ou pneumogastrique et les lésions du nerf optique, lorsque le traitement médical n'en arrête pas la marche progressive.

L'interruption de la grossesse peut aussi être exigée par la coexistence d'autres manifestations de l'auto-intoxication : vomissements graves, ictère, insuffisance urinaire, etc., mais dans ces circonstances la névrite gravidique tient d'ordinaire une très petite place dans le tableau symptomatique qui domine la situation.

NOURRICES

Il existe deux variétés de nourrices, c'est-à-dire de femmes chargées d'allaiter un nouveau-né, la nourrice sur lieu qui est gardée dans la famille et la nourrice à distance qui emporte le nourrisson chez elle.

Le choix d'une nourrice est toujours un acte très délicat, car la responsabilité du médecin se trouve engagée.

Avant de se rendre compte des qualités de la femme en tant que nourrice, il faut l'examiner médicalement avec grand soin après s'être renseigné sur ses antécédents pathologiques, personnels et héréditaires, et sur son passé obstétrical.

I. **Examen médical**. — Cet examen doit être méthodique et porter sur les principaux organes de l'économie.

Examinez d'abord la cavité buccale, dents et gorge, et interrogez les régions ganglionnaires du cou et de la nuque. La femme dévêtue jusqu'à la ceinture, passez en revue la forme du thorax et toute la surface cutanée, poitrine, dos, cou et bras où peuvent se trouver des traces de syphilis ancienne, puis auscultez attentivement le cœur et les poumons. Profitez de ce moment pour vous rendre compte de l'état des mamelons et des seins en suivant la technique indiquée plus loin.

Après avoir fait recouvrir la moitié supérieure du corps, portez votre attention sur les membres inférieurs, qui peuvent être le siège de varices et d'œdème ; palpez les régions inguinales, ganglions hypertrophiés, hernies, et tout l'abdomen, enfin terminez par l'exploration des organes génitaux.

Cet examen est important non seulement pour diagnostiquer des tares, qui s'opposent à ce qu'on confie un nourrisson à une femme chargée de le nourrir, mais encore pour reconnaître des affections qui pourraient par la suite être incriminées comme *accidents du travail*, les hernies et le prolapsus utérin par exemple.

En dehors des maladies aiguës il faut écarter toute femme atteinte de maladies du cœur, des reins, du système nerveux, de l'appareil pulmonaire, de *tuberculose* en évolution ou guérie quelle que soit sa localisation, lupus, arthropathies, adénopathies, de *syphilis*.

Pour dépister cette dernière, l'examen de la femme ne suffit pas, il faut *examiner avec beaucoup d'attention son enfant* qu'on fera déshabiller complètement. Après l'avoir placé en pleine lumière, on passera en revue toute la surface cutanée sans excepter la face palmaire des mains et la plante des pieds, localisation habituelle du pemphigus, les orifices, narines, bouche, cavité buccale, anus, et les organes génitaux.

II. **Examen obstétrical.** — Il ne suffit pas qu'une femme ne présente aucune lésion pathologique pour qu'elle soit acceptée comme nourrice, il faut encore que ses seins soient bien conformés, mamelons saillants, ni trop gros, ni trop petits, et tissu glandulaire normalement développé. Les gros seins ne sont pas toujours les plus riches, car ils sont souvent constitués en grande partie par de la graisse. Éliminez toute femme qui a des crevasses ou des traces d'incisions mammaires anciennes ou récentes, indice d'un abcès du sein.

Au point de vue de sa valeur comme nourrice, la meilleure pierre de touche est l'état de l'enfant ; il faut se méfier du nourrisson qu'elle présente, car, dans certains cas, ce n'est pas le sien. Pour se rendre compte de la quantité de lait sécrété il faut faire la tare de l'enfant avant de le mettre au sein, le faire téter, puis le peser.

Quant à la qualité du lait, il est difficile de l'apprécier par un simple examen macroscopique, lait recueilli dans une cuiller d'argent, car les caractères qu'on observe sont très trompeurs.

L'enfant devra être âgé de trois mois au moins, avoir tous les signes d'une bonne santé, peau souple, chair ferme, teint frais, fontanelles ni déprimées ni tendues, développement en rapport avec son âge. Il ne faut tirer aucune conclusion des

régurgitations et même des vomissements qu'il présente souvent, car ces nourrissons ne sont réglés ni au point de vue du nombre de tétées, ni au point de vue de la quantité de lait absorbé à chaque tétée. On peut considérer que tout enfant de nourrice est suralimenté, aussi n'est-il pas rare de constater également chez lui de l'érythème fessier déterminé par des selles trop fréquentes et par des couches mal lavées ou insuffisamment renouvelées.

En principe, une femme ne peut se placer comme nourrice que si elle a allaité son propre enfant pendant sept mois ou si elle confie son enfant à une autre nourrice au sein (loi Roussel). En réalité, cette loi de protection sociale est bien souvent violée au détriment de l'enfant de la nourrice. Celui-ci est confié à une autre femme incapable de remplacer la mère, et il sera alimenté avec plus de lait de vache que de lait de femme.

NOUVEAU-NÉ

Soins à donner au nouveau-né à sa naissance.

La première précaution à prendre à la naissance, après avoir désobstrué les voies respiratoires supérieures des mucosités qui peuvent les encombrer et gêner la respiration, c'est de pratiquer la toilette des yeux. Pour cela, on aura dû préparer pendant la période d'expulsion : 1° un récipient flambé (bol, tasse ou cuvette de petite dimension), dans lequel on aura versé de l'eau bouillie tiède et quelques boulettes de coton hydrophile et 2° un savon antiseptique, aniodol, sublimé, etc., ou à son défaut un savon qui n'aura pas encore servi. Chaque région oculaire est savonnée avec soin et avec douceur ; puis, entr'ouvrant les paupières avec deux doigts, on laisse tomber dans la fente palpébrale quelques gouttes soit de jus de citron, fruit qu'il est toujours

facile de se procurer, soit d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100.

Le cordon est lié et sectionné après cessation des battements des artères ombilicales. L'enfant est alors placé dans une serviette éponge, puis enveloppé dans un lange de laine, car le froid est l'ennemi du nouveau-né, et confié à une personne attentive ou couché dans son berceau, dans lequel un ou deux cruchons d'eau chaude garantis par des linges épais auront été déposés auparavant.

Le berceau devra être à l'abri des courants d'air et à peu de distance de l'accoucheur qui, tout en donnant à la mère les soins nécessaires, surveillera fréquemment l'aspect du bébé pour combattre au besoin les troubles asphyxiques si fréquemment observés au moment de l'installation de la respiration pulmonaire.

Une fois la délivrance terminée, l'accoucheur ou la garde doit s'occuper du nettoyage de l'enfant. On commence par préparer le récipient, baignoire, bain de pieds ou grande cuvette, destiné à le baigner. Cet instrument, qui doit être très propre, sera ébouillanté, puis flambé, si c'est possible. On le remplira aux deux tiers d'eau bouillie chaude et froide pour que le mélange soit à 37°. A défaut de thermomètre à bain, on s'assurera de la température de l'eau en y plongeant la main qui doit y éprouver une sensation agréable. Pendant la saison froide, la baignoire devra être placée près d'une cheminée dans laquelle on fera une flambée et devant laquelle on aura placé sur un pare-étincelles ou sur le dos d'une chaise le linge : sortie de bain, grand carré de flanelle, serviette éponge ou couche ayant déjà été lavée, linge qui devra servir à essuyer l'enfant à sa sortie de l'eau.

Assis sur une chaise basse ou sur un petit banc à portée de la baignoire, on pose l'enfant entouré de sa serviette sur les genoux et on le frictionne doucement avec la main enduite de vaseline ou d'un jaune d'œuf. Toutes les parties du corps et particulièrement les différents plis, où se trouve

accumulée la matière sébacée (vernix caseosa), doivent être recouvertes de ce corps gras. Glissant la main placée du côté de la tête de l'enfant sous sa nuque pour embrasser le cou et maintenir l'extrémité céphalique, on saisit avec l'autre main les deux membres inférieurs près des malléoles en interposant l'index entre les deux ; l'enfant ainsi tenu est plongé doucement dans la baignoire. La main, qui supportait l'extrémité podalique, l'abandonne, tandis que l'autre continue à soutenir la nuque et la tête qui doit être maintenue hors de l'eau. Avec la main libre et un gros tampon de coton hydrophile, préférable à l'éponge, on frotte toute la surface cutanée pour la débarrasser de la matière sébacée et du corps gras dont elle a été recouverte. Le cuir chevelu sera également lavé, mais en évitant la face afin que l'eau du bain ne vienne pas souiller les yeux de l'enfant, cette eau ayant été en contact avec le corps peut contenir des germes pathogènes que le nouveau-né a recueillis en traversant un vagin infecté. La toilette de la face sera faite à la sortie du bain. Au bout de 3 à 4 minutes, durée habituelle de l'immersion, on prend de la main qui ne soutient pas la nuque, la sortie de bain bien chaude et on l'étale sur ses genoux ; puis saisissant les membres inférieurs suivant le procédé déjà indiqué, on enlève rapidement le nouveau-né de sa baignoire et on le pose sur le linge chaud dans lequel on l'enveloppe aussitôt. Il faut alors l'essuyer ; pour cela on le roule doucement dans sa sortie de bain pour absorber la plus grande partie de l'eau qui le recouvre. Après ce séchage général, on essuie avec douceur et méthode chacune des parties du corps, en commençant par le cuir chevelu et en insistant sur les sillons, creux axillaires, sillons interfessiers, etc., et les cavités naturelles, oreilles, vulve.

Pour achever de sécher l'enfant, on le recouvre d'une poudre fine, minérale de préférence comme la poudre de talc, ou à son défaut la poudre d'amidon. On aura soin de poudrer spécialement chaque repli cutané.

C'est alors qu'on pratiquera la toilette isolée du visage au

moyen d'eau bouillie propre et d'un tampon de coton hydrophile.

Avant d'habiller l'enfant, on se livrera à une inspection méthodique de son corps pour ne pas laisser passer inaperçue une malformation quelconque. On examinera la surface cutanée dans sa totalité, la cavité buccale et en particulier le voile du palais, les régions herniaires, le scrotum et le prépuce, l'anus, les membres et particulièrement les mains et les pieds. Les principales malformations à rechercher sont le bec-de-lièvre, les fissures palatines, les pieds bots, les doigts et orteils supplémentaires ou absents, l'imperforation du rectum.

Chaque fois qu'on disposera d'une balance, on pèsera le nouveau-né après avoir installé une corbeille spéciale ou de fortune et avoir fait la tare.

Il s'agit maintenant d'habiller l'enfant ; plusieurs méthodes sont en présence : le *maillot* classique, qui a subi de nouvelles transformations, et l'habillement dit *à l'anglaise*, qui se répand de plus en plus. Toutes deux ont des avantages et des inconvénients ; avant de les exposer et de les discuter, étudions la composition de chaque mode d'habillement.

Le maillot complet pour un nouveau-né (1er âge) est constitué par :

Une chemise de toile.
Deux brassières, l'une de flanelle, l'autre de piqué.
Une couche.
Un carré spongieux.
Deux langes, l'un de coton, l'autre de laine.
Un petit fichu de cou.
Des épingles dites de nourrice.

L'habillement à l'anglaise comprend :

Une chemise.
Deux brassières.
Une couche.

Un carré spongieux.
Une culotte de flanelle.
Des bas et des chaussons de laine.
Une robe de flanelle.

Quelle que soit la méthode adoptée, la première partie de l'habillement est la même. Les différentes pièces dont il se compose auront dû être préparées avant le bain. Pour cela les manches de la chemise auront été passées dans celles de la brassière de flanelle, puis de piqué. Ces trois vêtements forment donc un tout qui sera introduit en une fois ; comme ils sont ouverts en arrière, l'enfant sera placé sur le dos et couché sur les genoux de la personne qui l'habille. On glisse deux ou trois doigts dans la manche qu'on veut introduire la première et on la plisse en accordéon pour rapprocher ses deux extrémités et les maintenir en contact. Ce n'est donc plus un canal, mais un anneau qu'il faut faire franchir à la main du bébé. Celle-ci est en effet dirigée par votre main libre dans la partie de la manche attenant au reste du vêtement ; dès que les petits doigts apparaissent à l'autre extrémité, votre première main les saisit doucement et les dégage, puis avec la main devenue libre on déplisse la manche en la faisant glisser vers la racine du bras. Une fois la chemise et les brassières adaptées, l'enfant est retourné et mis à plat ventre sur les genoux, les deux extrémités de ces vêtements sont rapprochées, tendues et croisées, on applique sur elles le petit fichu, la pointe en bas, puis la couche et les langes, dont le bord supérieur doit être situé à 2 centimètres environ du creux de l'aisselle. Le nouveau-né est de nouveau retourné et replacé sur le dos, qui est resté en contact avec la couche et les langes, les pointes du fichu sont ramenées sur la poitrine et entre-croisées, les deux bords libres de la couche sont saisis successivement et ramenés sur la poitrine, tandis qu'avec la portion en rapport avec les membres inférieurs, on entoure isolément chacun de ceux-ci. La partie libre est repliée de bas en haut, le pli de flexion étant assez éloigné

des pieds afin de laisser à ces derniers une place suffisante pour se mouvoir. On exécute la même manœuvre avec les langes : lorsque les deux bords ont été croisés sur la poitrine, on les fixe au moyen d'une épingle de nourrice qui saisit l'épaisseur des deux langes. Pour ne pas piquer l'enfant, il faut avoir la précaution de passer un ou deux doigts sous le lange profond avant d'introduire l'épingle. La partie inférieure des langes est à son tour repliée de bas en haut vers la face ventrale de l'enfant qui est encore une fois retourné pour permettre de ramener en arrière les deux angles du lange et de les fixer au moyen d'épingles du même genre. Les extrémités du fichu croisé sur la poitrine sont ainsi attirées du côté du dos et nouées à ce niveau.

Avec ce mode d'habillement il est nécessaire que les langes soient suffisamment serrés pour constituer un fourreau qui ne doit pas glisser ; ils ne doivent pas l'être trop cependant, afin de ne pas gêner les mouvements respiratoires et ne pas immobiliser les membres inférieurs, ce qui serait un véritable supplice pour l'enfant.

Dans l'habillement à l'anglaise, la chemise et les brassières sont maintenues par un petit corset qui s'attache au moyen de cordons sur le dos de l'enfant ; on applique ensuite à ce niveau la base de la couche pliée en triangle, puis le milieu de la couche culotte. Le nouveau-né est alors retourné, la pointe médiane de la couche est ramenée entre les jambes vers la région ventrale, puis avec les deux autres angles on entoure séparément chaque membre inférieur, on boutonne alors la culotte d'abord sur la ligne médiane, ensuite latéralement pour constituer les jambes du vêtement. On met des petits chaussons de laine, qui doivent remonter assez haut pour constituer en même temps de véritables bas. L'habillement est terminé par la ou les robes ; dans ce dernier cas, la robe profonde sera en flanelle et sans manches.

L'enfant habillé doit être couché. Le berceau idéal est le petit lit en métal, fer ou cuivre, plus facile à tenir propre

que le lit en bois ou en osier. S'il s'agit d'un berceau, les mailles qui l'entourent doivent être étroites et il sera rendu immobile à l'aide de la vis construite pour cet usage, car il faut défendre de bercer l'enfant pour l'endormir.

Le matelas et l'oreiller seront en crin, en varech, en balle d'avoine ou en feuilles de fougères. L'espace compris entre le matelas et le bord du lit devra être assez grand pour que l'enfant ne puisse pas tomber de son berceau.

Sur le matelas on placera une toile imperméable, préférable au feutre qui s'imprègne rapidement de mauvaises odeurs, puis le drap de dessous et enfin le drap de dessus recouvert d'une ou de deux couvertures suivant la saison.

On y ajoutera une ou plusieurs boules en métal ou en grès remplies d'eau chaude mais pas bouillante et entourées d'une housse en molleton. Lorsque le faible poids de l'enfant nécessite plusieurs boules, il faut avoir la précaution de les changer à tour de rôle et non pas toutes à la fois, de cette façon on maintient une température plus égale.

Dans son berceau l'enfant sera couché sur le côté pour permettre aux régurgitations d'être expulsées plus facilement et éviter qu'elles ne descendent dans les voies respiratoires et ne déterminent des troubles asphyxiques. On veillera à ce qu'il ne repose pas toujours sur le même côté.

Les rideaux, qui entourent le berceau, devront être en tissu souple et très perméable ; ils sont surtout utiles dans les régions où se trouvent des moustiques, ils doivent permettre à l'air de pénétrer sans difficulté jusqu'à l'enfant, qui a besoin d'oxygène.

La chambre devra être bien aérée et bien éclairée et sa température de 17 à 18°.

OBÉSITÉ ET GROSSESSE

I. — *Influence de la grossesse sur l'obésité.*

La grossesse prédispose à l'obésité par suite du ralentissement qu'elle détermine dans les fonctions de désassimilation et dans les combustions organiques, par suite aussi des habitudes de sédentarité que contracte volontiers la femme pendant cet état. La grossesse est un des facteurs principaux de l'obésité, d'après Bouchard, et c'est fréquemment à la suite d'une grossesse qu'apparaissent chez la femme les premiers signes de cette diathèse. Il en serait de même de l'allaitement qui, s'il exagère les phénomènes d'élimination (sécrétion mammaire), active l'absorption.

II. — *Influence de l'obésité sur la grossesse.*

L'obésité n'est pas favorable à la fonction de reproduction, et il est de notion courante chez les éleveurs que les animaux gras sont de mauvais reproducteurs. La stérilité est fréquente chez les femmes obèses, elle relève de plusieurs causes.

C'est en premier lieu la difficulté apportée au rapprochement sexuel par le volume du ventre, des fesses et des cuisses, l'adiposité énorme des grandes lèvres, de telle sorte que l'éjaculation se fait bien souvent hors du vagin. Chez les obèses, l'appétit génésique est souvent diminué, ce qui tient pour une grande part au peu d'activité de la fonction ovarienne et peut-être aussi à ce que la sensibilité des nerfs de la zone génitale externe est émoussée par accumulation de la graisse et que la femme n'éprouve que des sensations obtuses.

Il faut tenir compte également des troubles de l'ovulation qui sont déterminés par l'obésité et qui rendraient la femme moins souvent apte à être fécondée. Enfin chez les femmes

obèses l'utérus et les annexes sont comme encastrés dans le petit bassin par la graisse qui infiltre leurs ligaments, et privés de leur mobilité habituelle ; ils sont refoulés, déviés par les autres organes abdominaux : foie, intestin, épiploon qui sont surchargés de graisse. On conçoit que ces conditions fâcheuses entravent la migration et la rencontre des ovules et des spermatozoïdes.

Pendant la grossesse les inconvénients habituels de l'obésité s'exagèrent. La marche déjà difficile devient très pénible ; l'essoufflement est extrême au moindre effort, aussi certaines femmes finissent par ne plus pouvoir se mouvoir et restent confinées chez elles. Le sommeil est troublé par des étouffements ; la femme supporte mal la position horizontale, dans laquelle elle respire difficilement. Les troubles digestifs et la constipation sont fréquents ; le fonctionnement imparfait de l'intestin et du foie prédispose aussi l'obèse à l'auto-intoxication gravidique et aux différents accidents qui en sont la conséquence.

Nous ne ferons que signaler la gêne, qu'oppose au palper abdominal et à l'auscultation la surcharge graisseuse de la paroi abdominale, et par suite la difficulté que présentent souvent chez les obèses le diagnostic de la grossesse à son début et plus tard celui de l'attitude du fœtus.

La durée de l'accouchement est souvent prolongée, surtout celle de la période d'expulsion. Cette lenteur tient à l'obstacle apporté à la progression du fœtus par le tissu adipeux qui double le petit bassin et aussi par l'épaisseur et la résistance du périnée infiltré de graisse; elle tient en outre à la faiblesse de l'effort, au peu de vigueur du système musculaire chez les obèses. Aussi, faut-il fréquemment terminer l'accouchement par une application de forceps.

L'obstacle peut tenir également au fœtus, car il n'est pas rare de constater chez les obèses des enfants ayant un volume au-dessus de la normale et pesant plus de 9 livres.

La sécrétion lactée est en général peu abondante ; malgré le volume exagéré des seins, parfois énormes, la glande

mammaire est peu développée ; elle est entourée d'une gangue de graisse qui l'étouffe et la pénètre et qui entraîne l'atrophie des acinis glandulaires ; aussi la femme obèse est-elle le plus souvent une médiocre nourrice.

OCCLUSION INTESTINALE PENDANT LA PUERPÉRALITÉ

L'occlusion intestinale est relativement rare au cours de la puerpéralité. Elle se rencontre de préférence chez les multipares, qui sont plus exposées à avoir un passé pathologique génital. Ce sont en effet le plus souvent des brides, déterminées par une ancienne pelvi-péritonite, qui sont le point de départ des accidents. Il est nécessaire de ne pas ignorer ces données pathogéniques, car, au cours de l'intervention, il faudra tout d'abord rechercher ces tractus cellulo-fibreux partant de l'utérus et aboutissant d'autre part soit à la paroi, soit à un organe de l'abdomen.

La compression de l'intestin par l'utérus augmenté de volume est beaucoup plus rarement une cause d'obstruction.

Les accidents qui caractérisent le début de l'occlusion intestinale peuvent apparaître lentement, sournoisement, ils ne sont souvent dans ces cas qu'une accentuation de la constipation opiniâtre installée depuis longtemps; ou bien, au contraire, c'est le début à grand fracas, tel qu'on le rencontre dans la forme aiguë de l'obstruction intestinale. On voit alors survenir la *douleur abdominale*, localisée ou généralisée, les *vomissements* et l'*altération de l'état général*. Tantôt ces trois grands signes apparaissent à peu près simultanément, tantôt ce sont les vomissements ou la douleur qui ouvrent la marche.

La période d'état succède rapidement à la période de début dans la forme aiguë. La *douleur* serait le premier symptôme d'après Vergez, alors que Gauchery ne l'aurait rencontrée comme symptôme initial que dans 28 p. 100 des cas. Ses modalités diffèrent : tantôt c'est une douleur appa-

raissant brusquement, très aiguë et nettement localisée, comparable à celle du début de l'appendicite, tantôt au contraire c'est une douleur sourde, généralisée à tout l'abdomen ; elle est peu accusée et elle n'est réveillée que par les efforts de la malade ou par la palpation. Ses caractères et sa durée sont très variables : continue dans certains cas, elle est intermittente dans d'autres; très aiguë au début, elle peut se maintenir telle ou au contraire s'atténuer et même disparaître.

Les *vomissements* sont constants : alimentaires d'abord, ils deviennent rapidement bilieux, puis fécaloïdes, quelquefois même porracés. Comme la douleur, les vomissements varient en intensité et en durée.

L'*absence d'émission de matières fécales et de gaz* occupe une place importante dans cette affection, mais elle a besoin d'être recherchée avec beaucoup de soin, car elle est rarement accusée spontanément par la malade. C'est qu'en effet la constipation est fréquente chez la femme et surtout chez la femme enceinte ou accouchée, et elle y attache peu d'importance ; un interrogatoire très serré et bien dirigé est nécessaire le plus souvent pour dépister cet arrêt dans l'expulsion des matières et des gaz. Quelquefois même on est induit en erreur par l'existence d'évacuations coïncidant avec les deux symptômes déjà étudiés : l'intestin irrité par l'obstacle se contracte plus énergiquement que de coutume, il vide la portion située au-dessous de l'obstacle et expulse les matières dures qu'il renferme en même temps qu'une quantité plus ou moins considérable de liquide provenant d'une hypersécrétion glandulaire. A cette pseudodiarrhée font rapidement suite une constipation opiniâtre et un arrêt complet dans l'expulsion des gaz.

A l'*examen* on constate un ventre anormalement développé : sa forme est irrégulière, le flanc et l'hypochondre gauche font une saillie appréciable. Si la grossesse n'est pas très avancée, ce ballonnement s'étend à l'épigastre et à l'hypochondre droit.

La paroi abdominale est distendue et laisse voir par transparence les saillies constituées par les anses intestinales. Dans toute la portion de l'abdomen ballonnée la *palpation* révèle de la résistance, et la *percussion* du tympanisme. Celui-ci peut même occuper tout l'abdomen et voiler ainsi l'utérus gravide. La palpation et la percussion sont dans certains cas rendues d'une pratique difficile, parce que la paroi abdominale se contracte pour se défendre et que le moindre contact détermine une douleur aiguë.

Cet examen doit être complété par le *toucher vaginal*, qui fournit des renseignements sur l'état et la situation du col, sur le contenu du segment inférieur, sur le degré d'engagement de la partie fœtale et sur l'état des culs-de-sac, et par le *toucher rectal*, qui permet d'éliminer toutes les causes d'obstruction pouvant siéger dans le rectum.

Les *symptômes généraux* sont communs à tous les cas d'obstruction intestinale; ils apparaissent ordinairement de bonne heure et tiennent une place très importante pour fixer le diagnostic. Le *facies* est caractéristique : il est de teinte terreuse, les traits sont tirés, les yeux sont enfoncés dans les orbites, les narines sont pincées. La langue est sèche et râpeuse, l'haleine est fétide. La peau est froide, ridée et souvent recouverte de sueurs abondantes ; la température est le plus souvent au-dessous de la normale, alors que le pouls est fréquent et mal frappé. A mesure que le nombre des pulsations augmente, elles deviennent de plus en plus faibles, misérables à la période extrême. Cette dissociation entre le pouls et la température est un signe capital dans l'établissement du diagnostic. Les forces s'affaiblissent très rapidement pour faire place à la prostration qui avec le hoquet et la diminution dans l'émission des urines constituent les symptômes de la période terminale.

La *marche* de cette affection est le plus souvent rapide ; la voix s'affaiblit, la respiration s'accélère, des spasmes musculaires apparaissent, le pouls est incomptable, le corps se couvre de sueurs froides et la mort survient.

L'*accouchement prématuré* n'est pas rare au cours de la période d'état; dans certains cas, c'est une complication heureuse, car on a vu à sa suite les symptômes s'amender et la guérison survenir.

La marche de la maladie, déjà rapide, peut encore être accélérée par l'apparition d'une *péritonite*. Celle-ci est due soit à une perforation de l'intestin, soit à la localisation dans le péritoine du coli-bacille, qui est apporté par la voie sanguine ou qui traverse la paroi intestinale.

Le *pronostic* de l'occlusion est grave pour la mère et pour son produit de conception; il est d'autant plus grave que souvent le diagnostic n'est pas fait dès le début des accidents à cause de la rareté de cette complication de la grossesse.

Traitement. — Le diagnostic reconnu, il ne faut pas perdre de temps à vouloir mettre en œuvre les moyens dits médicaux : grands lavements, lavements électriques, purgatifs. La *laparotomie* est seule capable de sauver la *malade*, car seule elle permet de reconnaître la cause de l'obstruction et de la détruire. Si la présence de l'utérus gravide ne permettait pas de trouver l'obstacle, on devrait *faire un anus contre nature*, mais en considérant cette intervention comme un procédé d'attente.

Avant et après l'opération, pour éviter que celle-ci ne détermine des contractions utérines, on devra pratiquer des injections sous-cutanées de morphine.

Pendant le travail, il est préférable d'employer les méthodes qui ont pour but de l'accélérer; on interviendra ensuite chirurgicalement, lorsque la parturiente aura été délivrée, si les accidents n'ont pas cessé.

Lorsque le diagnostic n'est pas nettement posé, on est obligé d'user des moyens médicaux qui ont pour but de calmer la douleur : on donnera 1 centigramme d'extrait d'opium toutes les heures ou l'on emploiera les injections sous-cutanées de morphine; à l'extérieur, on appliquera une vessie de glace sur l'abdomen, vessie qu'on maintien-

dra en la plaçant au milieu d'un double bandage de flanelle. Ces moyens ne sont que palliatifs; si les symptômes ne s'amendent pas, si surtout l'état général s'aggrave, même en présence d'un diagnostic incertain, l'intervention chirurgicale est encore préférable à la temporisation.

ŒDÈME

Nombreuses sont les causes qui peuvent chez une femme enceinte déterminer de l'œdème. La plus importante est d'origine rénale, brightisme, albuminurie gravidique, nous l'avons étudiée précédemment au chapitre consacré à l'*Albuminurie*. A côté de ces deux affections dépendant d'une lésion ou d'un trouble du système rénal il faut placer l'œdème par rétention chlorurée pure sans albumine dans les urines, ce diagnostic étiologique ne peut être reconnu que par un examen chimique des urines. Ces différentes variétés d'œdème cèdent en totalité ou en partie à un traitement approprié.

L'œdème est parfois d'origine circulatoire, ce n'est pas de l'œdème dû à des lésions cardiaques dont nous voulons parler, mais de celui que détermine le développement et surtout le développement exagéré de l'utérus, comme cela existe dans la grossesse gémellaire, l'hydramnios, le gros œuf. Il ne disparaît qu'avec l'évacuation utérine et il ne peut céder à aucune médication interne.

Il existe une autre variété d'œdème peu connue du praticien, c'est l'*œdème toxique gravidique* sur lequel nous voulons surtout insister dans cet article. Il apparaît souvent de bonne heure et il n'est accompagné d'aucune trace d'albumine dans les urines. D'autre part l'utérus n'est pas suffisamment développé pour être incriminé. Un interrogatoire serré et bien dirigé permet presque toujours de relever chez la femme, qui porte cet œdème, un certain nombre de troubles considérés comme des manifestations d'un

mauvais fonctionnement des organes de défense, foie : reins, intestins, corps thyroïde, capsules surrénales ; ce sont surtout des troubles gastriques, céphalalgie, névralgies etc., Mais pour avoir la confirmation de cette cause il faut s'adresser aux urines ; nous avons émis dès le début l'hypothèse qu'elles ne renfermaient pas d'albumine. Ce renseignement ne doit pas nous suffire, elles doivent être examinées à d'autres points de vue, et en première ligne au point de vue quantitatif. On trouvera toujours dans ces cas une diminution notable de la quantité d'urines éliminées dans les vingt-quatre heures. Une femme enceinte doit avoir un litre un quart à un litre et demi d'urines et l'on ne trouve le plus souvent qu'un litre et même moins. Cette recherche, trop souvent négligée en pratique obstétricale, devrait cependant être placée sur le même rang que la recherche classique de l'albumine. En tout cas on devra toujours y recourir lorsqu'on constatera un œdème que rien n'explique. Un examen plus complet de l'urine peut fournir des renseignements intéressants. On constatera fréquemment une diminution de l'*urée* et des *chlorures*. La *tension artérielle* est presque toujours au-dessus de la normale. C'est là encore un signe qui a son importance non seulement au point de vue du diagnostic, mais encore au point de vue thérapeutique.

Traitement. — Quelle sera en effet la conduite à tenir? Il faudra tout d'abord maintenir la femme au repos allongé, séjour au lit ou sur une chaise longue ; on lui fera prendre tous les matins dans un verre d'eau une cuillerée à dessert de magnésie calcinée. On ordonnera dans la journée des tasses de tisane diurétique, chiendent nitré, uva ursi, sucrée avec deux ou trois cuillerées à café de lactose. Enfin on soumettra la malade à un régime sévère, sur lequel on ne saurait trop insister. Ce régime ne comprendra que les aliments suivants dans lesquels on ne mettra pas de sel:

Potage aux légumes.

Viande blanche rôtie, poulet de préférence.

Poissons d'eau douce très frais.

Œufs.

Pommes de terre, riz, petits pois, céleri-rave, haricots verts, carottes, artichauts, salade.

Crème fraîche, pâtisserie, fruits cuits.

Pain sans sel.

Boissons : lait ou eau d'Évian, de Vittel, d'Alet.

OMBILIC

INFECTIONS OMBILICALES

La plaie ombilicale est constituée dès que le sillon d'élimination du cordon se produit, c'est-à-dire dès le troisième ou la quatrième jour qui suit la naissance. Elle ne disparaît qu'après l'épidermisation de la surface d'insertion de la tige funiculaire, la cicatrisation est complète une ou deux semaines après la chute. Pendant cette longue période la plaie peut s'infecter sous l'influence des microbes habituels de la suppuration : staphylocoques, streptocoques, coli-bacilles. Suivant la virulence de ces derniers et suivant les couches tégumentaires envahies, on peut rencontrer différentes formes d'omphalite.

La plus simple est la *lymphangite péri-ombilicale* caractérisée tantôt uniquement par de la rougeur diffuse, tantôt par de la rougeur, de la chaleur et de la sensibilité ; dans ce cas il existe des phénomènes généraux : élévation de température, troubles digestifs, cris, insomnie, diminution de poids parfois considérable.

A un degré plus élevé, il faut placer le *phlegmon de l'ombilic :* il se présente sous deux aspects, qui ne sont au fond que les deux stades d'une même affection. Dans une première phase, les régions ombilicale et péri-ombilicale sont le siège d'un empâtement dur et douloureux, la peau qui les recouvre est rouge, parfois même d'un rouge violacé, et les phénomènes généraux communs à toutes les in-

fections sont très accentués. L'affection peut ne pas aller jusqu'à la suppuration ; si, au contraire, l'évolution se fait dans le sens de la suppuration (omphalite phlegmoneuse de Baginsky) à l'induration fait suite un léger ramollissement, la fluctuation est rare ; puis on voit le derme de la région tuméfiée prendre un aspect noirâtre ou l'épiderme se soulever par places pour donner naissance à des phlyctènes multiples. Il se produit alors une ou plusieurs ulcérations qui gagnent en surface et en profondeur, les bords se renversent en dehors, le fond se recouvre d'une couenne grisâtre, donnant naissance à un liquide purulent de même couleur. Cette forme s'accompagne toujours de symptômes généraux graves, hyperthermie, prostration, gêne respiratoire, et se termine rapidement par la mort. Elle a été décrite aussi sous les noms *d'omphalite gangréneuse* (Baginsky) ou d'*inflammation ulcéro-gangréneuse de l'ombilic* (Depaul).

L'*érysipèle ombilical,* quoique peu fréquent, l'est cependant un peu plus que les infections précédentes. Il débute rarement avant le quatrième jour et il se distingue de l'érysipèle de l'adulte par la prépondérance des phénomènes locaux sur les phénomènes généraux, par l'absence ou l'atténuation du bourrelet périphérique, par son caractère ambulant et la rapidité avec laquelle il s'éloigne de son point d'origine. Aussi ne faut-il pas s'étonner de trouver la région ombilicale saine en apparence, bien qu'elle ait été le point de départ de l'éruption, si l'on n'est appelé que quelques jours après le début. C'est ce qui arrive en effet le plus souvent, car les premiers jours les phénomènes généraux sont à peu près nuls, ceux-ci se manifestent alors sous forme de fièvre, d'agitation, de vomissements, de diarrhée fétide, de refus de téter et de sécheresse de la langue. La guérison est extrêmement rare et dans ce cas elle est souvent accompagnée d'un phlegmon de la paroi abdominale.

La mort est déterminée soit par l'infection générale, soit par des complications purulentes locales ou à distance : gangrène, péritonite, péricardite, pleurésie, arthrites, etc.

Signalons enfin comme autres maladies infectieuses ayant la plaie ombilicale comme porte d'entrée le *tétanos* des nouveau-nés qu'on ne rencontre plus que chez les peuples sauvages et qui est toujours mortel; l'*artérite* et la *phlébite* des vaisseaux ombilicaux sans infection apparente de l'ombilic, qui sont probablement la cause de certaines *septicémies* lentes du nouveau-né (Durante), de quelques *hémorragies ombilicales tardives* et même de lésions broncho-pulmonaires, péricardiques, endocardiques et intestinales, dont on n'a pu découvrir l'origine.

Citons également comme accident pouvant succéder à la chute du cordon les fistules urinaires ou stercorales par persistance de la perméabilité de l'ouraque ou par existence d'un diverticule de Meckel.

Traitement. — Toute complication infectieuse de la région ombilicale doit être traitée à la façon des plaies infectées. Dès leur apparition elles seront lavées avec une solution de sublimé à 1 p. 2.000 ou avec de l'eau oxygénée chirurgicale coupée de son volume d'eau bouillie. La plaie ombilicale sera touchée légèrement avec un petit tampon de coton monté sur une pince et trempé soit dans de la teinture d'iode fraîche, soit dans de l'eau oxygénée pure. Dans certains cas l'application de quelques pointes du thermocautère à ce niveau donne d'excellents résultats s'il existe de l'infiltration des régions avoisinant l'ombilic. Enfin il faudra toujours appliquer sur toute la région abdominale un large pansement humide chaud; celui-ci sera composé d'une épaisse couche de gaze ou de tarlatane non empesée (8 à 16 épaisseurs) ayant bouilli dans une solution saturée d'acide borique (deux cuillerées à potage d'acide borique pour un litre d'eau). Ce pansement sera renouvelé plusieurs fois dans la journée.

Dans les formes graves, il ne faut pas négliger le traitement général : chaleur, gavage, alcool, injections sous-cutanées de sérum physiologique ou d'eau de mer (15 à 20 gr.), d'huile camphrée.

OPHTALMIE PURULENTE

L'ophtalmie ou conjonctivite purulente est une maladie microbienne déterminée par le *gonocoque de Neisser* : le streptocoque et d'autres micro-organismes peuvent également lui donner naissance.

Chez le nouveau-né elle est due à l'inoculation de la conjonctive pendant sa descente dans la filière pelvi-génitale, lorsque la mère a un écoulement blennorragique et qu'on n'a pas pris toutes les précautions habituelles.

Les premiers symptômes débutent vers le 3e ou le 4e jour après la naissance : quand ils surviennent après le 9e jour, c'est que l'inoculation s'est faite plus tardivement par l'emploi d'objets de toilette contaminés.

Vers le 3e ou 4e jour apparaissent sur un œil, rarement sur les deux à la fois, un *gonflement* des régions palpébrales et un *écoulement de liquide jaunâtre*, qui est surtout apparent en écartant les paupières. Trente-six ou quarante-huit heures plus tard le liquide devient séro-purulent en même temps que la conjonctive, qui était d'abord congestionnée, prend une teinte rouge foncé et un aspect boursouflé et rugueux. Le lendemain le liquide est franchement purulent, crémeux, jaune verdâtre. Quand il est sécrété en petite quantité, il colle les rebords palpébraux l'un contre l'autre ; si la quantité est abondante, il s'écoule au dehors ou il est retenu sous pression entre les paupières et l'œil, et, dès qu'on entr'ouvre les paupières, il s'échappe brusquement sous forme de jet.

Lorsque la maladie est soignée dès le début, la suppuration diminue le plus souvent en quelques jours et tout rentre dans l'ordre.

Des complications peuvent survenir : parfois la conjonctive palpébrale s'œdématie d'une façon considérable et constitue un gros bourrelet rouge, appelé *chémosis*. Beaucoup

plus graves sont les lésions qui se produisent sur la cornée : celle-ci peut s'ulcérer et même se perforer, l'humeur aqueuse s'écoule au dehors et l'iris s'accole à la cornée ; dans d'autres cas la cornée devient opaque et blanchâtre, et cette opacité persistante entraîne la perte de la vue.

Le pronostic de l'ophtalmie est donc grave, puisque les complications sont capables d'entraîner la cécité, aussi est-il nécessaire de la reconnaître dès l'apparition de ses premiers symptômes. De la rapidité du diagnostic dépend la mise en œuvre rapide du traitement curatif. Les cornées doivent au cours du traitement être examinées attentivement tous les jours, car les ulcérations se produisent en très peu de temps.

Traitement. — Nous diviserons le traitement en deux chapitres : dans le premier nous étudierons les moyens employés pour empêcher le développement de l'opthalmie, *traitement prophylactique;* dans le second nous passerons en revue les différentes méthodes préconisées pour guérir l'affection, *traitement curatif.*

La prophylaxie de l'ophtalmie purulente repose tout entière sur l'antisepsie des voies génitales de la mère avant l'accouchement et sur les soins à donner au nouveau-né. Dès la naissance, avant même la ligature du cordon, il faut laver les yeux de l'enfant en employant du coton hydrophile stérilisé, de l'eau bouillie et un savon n'ayant pas encore servi de préférence. Ensuite on écarte les paupières et un aide laisse tomber dans chaque œil quelques gouttes de *jus de citron.* Dans les maternités on emploie une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100, ou d'acide citrique, quelques gouttes sont instillées dans chaque œil ; les paupières doivent être bien écartées l'une de l'autre pour que le liquide pénètre dans le fond des culs-de-sac conjonctivaux. Dans ce dernier cas il est fréquent d'observer le lendemain de la naissance une sécrétion d'aspect purulent, qui agglutine les paupières et qui disparaît le jour suivant.

Lorsque l'ophtalmie est déclarée, on a recours aux cau-

térisations de la conjonctive, en instillant dans l'œil malade quelques gouttes de la solution de nitrate d'argent à 1 p. 50.

Afin d'éviter la contagion l'enfant sera couché du côté de l'œil malade, afin que le pus n'aille pas contaminer l'autre œil.

Lorsque le suintement purulent est abondant, il est nécessaire de faire fréquemment, toutes les deux ou trois heures, des lavages avec de l'eau bouillie tiède ou avec du permanganate au dix-millième en employant de préférence une petite poire entièrement en caoutchouc, aussi y a-t-il avantage dans ce cas à préserver l'œil sain avec un pansement occlusif.

OSTÉOMALACIE

Cette affection intéresse particulièrement l'obstétrique à cause de ses relations avec la grossesse et des déformations qu'elle détermine du côté du bassin. Elle est relativement rare en France, aussi croyons-nous inutile de donner à cette question un trop long développement.

Caractérisée anatomiquement par une déminéralisation du squelette portant plus spécialement sur les phosphates, il en résulte un ramollissement des os, qui ne conservent que leur élément plastique, de là les déformations multiples qui ont été observées. Le bassin est la portion du squelette la plus atteinte ; le promontoire et les régions correspondant aux cavités cotyloïdes sont refoulés vers l'axe de l'excavation qui prend alors la forme d'un tricorne.

Bien que cette maladie puisse se rencontrer chez l'homme et chez la femme non en état de puerpéralité, c'est le plus souvent pendant la grossesse et particulièrement chez les femmes, qui ont eu des grossesses multiples et rapprochées, suivies de périodes plus ou moins longues d'allaitement, qu'elle se développe.

Elle débute d'ordinaire au cours d'une gestation sous

forme de douleurs plus ou moins aiguës et plus ou moins continues, qui siègent dans les os de la ceinture pelvienne ou dans son voisinage. Lorsque sa marche ne subit aucune rémission, le squelette tout entier se déforme, l'état général, sous l'influence des douleurs, du séjour au lit, de l'insomnie et souvent aussi de troubles digestifs parfois très accusés, devient de plus en plus mauvais ; la cachexie apparaît et la mort en est la conséquence.

L'accouchement varie suivant le degré des lésions : sont-elles peu accentuées, l'accouchement spontané est possible ; sont-elles au contraire très accusées, l'excavation déformée dans sa totalité s'oppose à la descente du fœtus, bien que les os soient malléables.

Traitement. — Celle-ci doit être envisagée au point de vue de l'affection elle-même et au point de vue obstétrical.

Pour pouvoir instituer une thérapeutique rationnelle de l'ostéomalacie, il serait nécessaire d'en connaître la pathogénie véritable ; or celle-ci nous échappe encore à l'heure actuelle. Les heureux résultats de l'ovariotomie double nous permettent de croire à une relation entre les fonctions de l'ovaire, considéré comme glande à sécrétion interne, et le développement de cette affection. L'opothérapie ovarienne ne semble pas avoir été suivie jusqu'ici d'effets satisfaisants.

En présence d'un début d'ostéomalacie, il faut :

1° Interdire les acides et les aliments pouvant déterminer dans l'estomac des fermentations acides ; on défendra donc les citrons, les oranges, les confitures acides, les tomates, l'oseille, les salades, les graisses, le beurre, le lait, les fromages forts, le vin, le cidre, la bière ;

2° Prescrire le matin une cuillerée à soupe de :

Huile phosphorée à . . . . 1 p. 1.000

Et avant les deux principaux repas un des cachets qui suivent :

Phosphate tribasique de chaux . . . . . . 0,60 centig.
Carbonate de chaux . . . . 0,20 —

Pour un cachet.

Si la marche de la maladie fait des progrès rapides, il ne faudra pas hésiter, même au cours de la grossesse, à pratiquer l'ovariotomie double.

Chaque fois qu'il sera possible d'attendre le terme de la gestation, on fera à ce moment l'opération césarienne suivie de l'ablation de l'utérus et des annexes.

Au point de vue obstétrical l'hystérotomie est l'opération de choix, lorsque les déformations du bassin s'opposent à l'accouchement. Suivie de l'hystérectomie, elle devient à la fois le traitement qui sauvegarde le mieux les intérêts de l'enfant et de la mère.

PARALYSIES OBSTÉTRICALES

Nous ne passerons en revue dans cet article que les paralysies du nouveau-né déterminées par un traumatisme obstétrical. Si dans le plus grand nombre des cas une force brutale, manuelle ou instrumentale, est nécessaire pour produire une paralysie, on peut cependant la constater après un accouchement terminé spontanément.

Les paralysies qu'on rencontre le plus habituellement chez le nouveau-né sont les paralysies faciales et les paralysies du plexus brachial.

PARALYSIE FACIALE

Cette paralysie est l'abolition des mouvements de tous les muscles innervés par le nerf facial. Il en résulte une asymétrie du visage dont une moitié est inerte et semble plus volumineuse que l'autre. La commissure des lèvres, attirée par les muscles sains, donne à la bouche une direction oblique ; l'œil est incomplètement fermé, ces signes sont surtout accusés lorsque le bébé crie. Si la paralysie est très accentuée, l'enfant peut éprouver de grandes difficultés pour téter.

Traitement. — Le plus souvent la paralysie faciale guérit spontanément dans l'espace de quelques jours.

Lorsque la succion est impossible, l'enfant doit être alimenté à la cuiller.

Si les troubles paralytiques ne s'atténuent pas ou si, atténués, ils ne disparaissent pas complètement au bout de quinze jours à trois semaines, il faut recourir au traitement électrique.

On fait tous les jours une séance de trois à cinq minutes de galvanisation. Le pôle positif est placé derrière le pavillon de l'oreille et le pôle négatif au-devant du conduit auditif externe. L'intensité du courant sera de 3 à 6 milliampères.

PARALYSIES DU PLEXUS BRACHIAL

Ces paralysies relèvent de lésions portant sur les origines du plexus brachial, les plus intéressantes surviennent après un accouchement laborieux. Dans l'application de forceps l'extrémité de la cuiller introduite trop profondément peut venir appuyer sur le plexus brachial ; dans la manœuvre de Mauriceau, ce sont les doigts appliqués en crochet sur le cou de l'enfant, qui compriment le plexus. Dans certains cas, ces paralysies apparaissent après un accouchement simple, on suppose alors que la lésion a été déterminée au moment de la rotation externe de la tête et de l'extraction du fœtus, les doigts de l'accoucheur prenant point d'appui sur les parties latérales du cou.

Ces paralysies sont caractérisées soit par une perte totale des mouvements du membre supérieur, soit par une perte partielle, si quelques filets seulement du plexus brachial ont été comprimés.

Traitement. — Ces paralysies ont une durée plus longue que les précédentes, elles guérissent plus rarement spontanément, aussi est-il nécessaire de recourir dès le début au traitement électrothérapique. Lorsque les troubles paralyti

ques sont déjà anciens, il faut tout d'abord rechercher si les muscles sont encore sensibles au courant faradique, car le traitement diffère suivant que l'excitabilité faradique est conservée ou abolie.

1° *Excitabilité faradique conservée.* — On emploiera dans ce cas la faradisation tous les jours au début, puis tous les deux jours. Un électrode est fixé sur la région dorsale, l'autre est placé sur chaque muscle au niveau du point moteur. On fait contracter chaque muscle une vingtaine de fois en ayant recours aux interruptions lentes, 40 à la minute.

2° *Excitabilité faradique abolie.* — On soumettra l'enfant tous les jours pendant cinq à dix minutes à une séance de galvanisation d'une intensité de 3 à 4 milliampères. On fixe le pôle positif sous forme de large plaque au niveau de l'épaule et le pôle négatif est placé dans une cuvette d'eau dans laquelle est plongé le bras.

Au bout de quelques jours, on termine la séance en appliquant le pôle négatif sur chaque muscle, qu'on fait contracter plusieurs fois en interrompant le courant.

On remplace la galvanisation par la faradisation dès que l'excitabilité faradique est obtenue.

On devra recourir également au massage, aux frictions cutanées et aux bains salés.

PTYALISME

Le ptyalisme est caractérisé par une salivation exagérée ; la salive, qui arrive d'une façon continue dans la cavité buccale, ne peut être avalée à cause de son goût fade, aussi la femme passe-t-elle son temps à expectorer. Cette salivation peut persister la nuit et être une cause d'insomnie permanente, elle s'accompagne de troubles digestifs parfois très accusés : langue blanche, haleine fétide, soif vive, vomissements fréquents et même opiniâtres, diarrhée, gêne dans la déglutition et dans la phonation.

Cet accident survient d'ordinaire dans les premiers mois de la grossesse pour cesser vers le cinquième ou sixième mois, quelquefois il persiste jusqu'à la fin. Il s'accompagne presque toujours d'autres manifestations de l'auto-intoxication gravidique, névralgies, albuminurie, et surtout diminution de la sécrétion urinaire, car son origine semble être la même.

Traitement. — Cet aperçu pathogénique nous dicte la conduite à suivre en présence d'une femme qui présente ce syndrome. Pour n'introduire dans l'organisme qu'un aliment privé de toxines, on s'adressera au régime lacté; pour débarrasser l'intestin de celles qu'il renferme, on devra faire fonctionner tous les émonctoires naturels en prescrivant des laxatifs, des grands lavages intestinaux et des liquides diurétiques.

La malade devra également se rincer la bouche plusieurs fois par jour avec une solution de chloral à 1 p. 100.

En cas de dépression on fera pendant huit jours une injection hypodermique de 1 centimètre cube de la solution suivante :

Cacodylate de soude.	0,50 centigr.
Eau distillée	10 c. c.

PÉRINÉORRAPHIE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

La délivrance terminée, le praticien doit faire un examen minutieux de la vulve et du périnée, qu'il sait avoir été intéressés au moment de l'accouchement, pour se rendre un compte exact de l'importance des lésions. Quelle que soit l'étendue de celles-ci, la réparation s'impose, c'est le plus sûr moyen d'éviter les accidents immédiats, secondaires ou tardifs.

Les *contre-indications* à la suture immédiate sont assez rares : elles sont représentées *au point de vue local* par l'infiltration exagérée des tissus soit par de la sérosité,

œdème périnéal, soit par du sang, thrombus de la vulve ayant gagné la région périnéale, et *au point de vue général* par une faiblesse extrême du sujet. La mortification et l'irrégularité des téguments ne doivent pas être un obstacle ; la mortification n'est souvent qu'apparente et on est étonné de voir des tissus, qui semblent sphacélés, reprendre rapidement une grande vitalité ; il est facile de la faire disparaître en excisant les lambeaux avant de rapprocher les deux lèvres de la solution de continuité.

Les instruments nécessaires pour faire une périnéorraphie sont peu nombreux et doivent toujours faire partie de la trousse de l'accoucheur. L'aiguille la plus pratique est la simple aiguille courbe dirigée par un porte-aiguille ; il suffit d'en avoir une douzaine à sa disposition pour parer à toutes les éventualités. Elles ont sur l'aiguille de Reverdin un certain nombre d'avantages : elles sont dépourvues de mécanisme susceptible de se détériorer, elles ont un rayon beaucoup plus court, elles peuvent être enfilées d'avance et permettent par conséquent de se passer d'un aide, enfin elles sont plus facilement supportées par la patiente. Avec elles, en effet, une fois leur trajet effectué dans les tissus, on n'a pas à leur faire parcourir le trajet inverse, inconvénient présenté par toutes les aiguilles à glissière.

En plus des aiguilles et du porte-aiguille, objets absolument indispensables, il est bon d'avoir une paire de ciseaux, une pince à griffe, quelques pinces à forcipressure et même deux écarteurs ou deux valves. Ces différents instruments seront stérilisés par l'ébullition ou par le flambage.

Les fils employés seront les crins de Florence de gros calibre pour le périnée et le catgut pour les muqueuses rectale et vaginale, bien que pour le vagin on puisse également se servir de soie plate moyenne ou de crins de Florence.

La parturiente est placée en travers de son lit, qui aura été recouvert d'une toile imperméable ou en son absence d'un drap plié renfermant en son milieu plusieurs épais-

seurs de papier fort. Le siège déborde légèrement le bord du lit, les cuisses sont écartées et fléchies modérément sur le bassin et les jambes fléchies sur les cuisses; chaque membre inférieur est maintenu par un aide ou repose sur une chaise.

Tout ce qui est nécessaire pour faire la toilette vulvo-périnéale aura été préparé d'avance et mis à la portée de la main : ciseaux, cuvette renfermant une solution antiseptique étendue et quelques tampons de coton hydrophile, savon, bock à injection rempli d'une solution antiseptique chaude à 45°. On commence par couper aux ciseaux tous les poils implantés au niveau du périnée, on fait une toilette savonneuse de toute la région sur laquelle on va opérer, on vide la vessie par le cathétérisme, on termine par une injection vaginale et par l'introduction dans le vagin d'un tampon de gaze stérilisée ou de coton hydrophile trempé dans une solution antiseptique et exprimé ; cette précaution a pour but d'empêcher le sang, qui s'écoule de l'utérus et du vagin, de venir baigner le périnée. Si l'on a pu se procurer une solution stérilisée de cocaïne ou de stovaïne à 1 p. 50 ou novocaïne à 1 p. 20, on peut en imbiber un petit carré de coton qu'on applique sur la solution de continuité ; l'anesthésie locale peut aussi être obtenue par des injections sous-cutanées d'une solution à 1 p. 100, mais l'introduction de l'aiguille de la seringue est aussi douloureuse que le passage de l'aiguille à suture ; dans les déchirures complètes, il est préférable de recourir au chloroforme.

Après une nouvelle antisepsie des mains, l'opérateur enfile ses aiguilles avec le fil à ligature dont il doit se servir, crins de Florence, soie ou catgut. Ces préparatifs étant faits, les instruments contenus dans un plateau sont placés sur une chaise ou sur une table à droite et à portée de l'opérateur qui s'installe debout ou assis, suivant la hauteur du lit, entre les cuisses de la femme. La vulve et le périnée doivent être bien éclairés.

Dans les déchirures incomplètes il y a lieu de distinguer

les déchirures du plan superficiel et celles qui intéressent les plans profonds, muscles transverses du périnée et constricteur de la vulve. Si la peau seule est intéressée, on rapproche les deux lèvres par des points aux crins de Florence ; si au contraire la nappe musculaire est touchée, on peut soit employer la suture continue en surjet avec des fils de catgut résorbable pour les couches profondes et des points séparés avec des crins de Florence pour les téguments externes, soit uniquement les crins de Florence suivant la technique que nous allons indiquer.

On commence par rechercher avec soin l'angle supérieur, c'est-à-dire vaginal, de la solution de continuité et à ce niveau on place un premier point de suture. L'aiguille est enfoncée à un demi-centimètre environ du bord gauche de la plaie (gauche par rapport à l'opérée), on la fait cheminer dans les tissus en rasant le fond et ressortir en un point symétrique au point de pénétration. L'aiguille est retirée du fil et les deux extrémités de celui-ci sont saisies avec une pince à forcipressure qu'on confie à l'aide ou qu'on soutient soi-même avec la main gauche. A un centimètre au-dessous on place un deuxième point de suture, mais on pénètre à un centimètre environ du bord de la plaie et on a soin d'enfoncer l'aiguille plus profondément pour saisir les muscles sous-jacents. Les transverses du périnée se sont portés du côté de leur insertion ischiatique, aussi est-il nécessaire de diriger l'aiguille d'abord de dedans en dehors pour accrocher le muscle gauche, puis de dehors en dedans en rasant l'angle profond de la plaie, la pointe de l'aiguille est portée le plus loin possible du côté droit pour saisir le muscle transverse droit, elle viendra sortir ensuite à un centimètre en dehors du bord droit. L'aiguille, au moment de sa pénétration, est donc dirigée de telle façon que sa convexité est tournée du côté de l'opérateur, ce n'est qu'après avoir saisi tous les tissus situés à gauche de la solution de continuité que sa pointe sera dirigée de gauche à droite et qu'elle aura alors sa concavité tournée en avant. Pendant

tout son trajet dans les tissus l'aiguille ne doit pas être aperçue. On fera ainsi une série de points de suture superposés et étagés de centimètre en centimètre, le dernier point sera placé au niveau de l'angle inférieur ou anal de la plaie.

Les *déchirures complètes* du périnée exigent une technique spéciale, chaque lambeau présente la forme d'un triangle, dont les trois côtés vaginal, périnéal et recto-anal sont indépendants, alors que dans la déchirure incomplète le côté recto-anal est commun aux deux triangles et forme le fond de la plaie. On commence par rétablir le calibre du rectum par des points de suture de la paroi rectale avec de fines aiguilles courbes et du catgut n° 2. On peut faire soit un surjet, soit de préférence des points séparés et très rapprochés, tous les demi-centimètres environ. Le point le plus éloigné de l'anus doit être placé exactement au niveau de l'angle supérieur de la plaie rectale.

On agit de la même façon pour reconstituer la paroi vaginale postérieure ; il reste ensuite à suturer le périnée proprement dit. Dans cette variété de déchirures, tous les muscles du périnée ont été séparés par le traumatisme, les constricteurs de la vulve sont entraînés du côté de la symphyse, les transverses du côté des ischions, les fibres ano-vulvaires du releveur de l'anus se sont écartées, enfin le sphincter externe de l'anus est revenu sur lui-même et s'est porté en arrière du côté du raphé ano-coccygien. Il est donc nécessaire de donner à l'aiguille une orientation qui varie suivant la situation des muscles qu'elle doit accrocher. C'est ainsi qu'au niveau de l'angle supérieur de la plaie, l'aiguille, au moment de son introduction, aura sa concavité tournée vers la vulve et la pointe plus élevée que le chas, tandis que, dans son trajet moyen, pointe et chas seront dans le même plan transversal ; au moment de la sortie on devra redonner à l'aiguille une nouvelle direction verticale avec la pointe dirigée en haut.

Pour le rapprochement des transverses, il faut orienter

l'aiguille comme nous l'avons indiqué dans le paragraphe précédent.

Enfin, pour reconstituer le sphincter anal, on doit enfoncer l'aiguille, tenue dans un plan sagittal la pointe en haut, dans les tissus situés à gauche de l'orifice anal, puis passer en avant de l'anus et venir ressortir à droite de cet orifice en dirigeant de nouveau l'aiguille verticalement, mais avec la pointe regardant en bas.

La suture terminée, on enlève le tampon vaginal, on fait de nouveau une injection et on lave avec prudence la région périnéale. On introduit une valve ou en son absence l'index gauche dans le vagin; avec un tampon monté on enlève le liquide qui aurait pu rester au fond de ce conduit, puis on y glisse une mèche de gaze antiseptique. La plaie superficielle est touchée à la teinture d'iode, puis saupoudrée de dermatol ou d'aniodol et recouverte de gaze antiseptique et d'une lame épaisse et large de coton hydrophile ; le tout est maintenu en place par un bandage en T. Les membres inférieurs seront rapprochés et attachés à l'aide d'une serviette fixée au-dessous des genoux.

L'accouchée est ensuite replacée sur son lit. Pour éviter le contact trop prolongé des lochies avec la plaie vaginale ou périnéale, on devra donner des injections matin et soir et profiter de ce moment pour faire uriner la malade.

Il est prudent d'essuyer avec douceur les régions suturées avant de les recouvrir du pansement, poudre de dermatol ou d'aniodol, gaze et coton hydrophile.

Si la miction spontanée est impossible, il faut recourir matin et soir au cathétérisme pratiqué avec toutes les précautions antiseptiques habituelles. Une toilette vulvo-périnéale et un nouveau pansement superficiel devront être faits dans le courant de la journée autant de fois qu'il y aura eu de besoins naturels, mictions ou garde-robes.

Un grand nombre de praticiens ont pour habitude, après une périnéorraphie, de constiper leurs opérées pendant plusieurs jours en leur faisant prendre des opiacées. Cette con-

duite présente certains inconvénients : elle expose l'accouchée à des accidents fébriles d'origine stercorémique, accidents qui ne sont pas rares après un accouchement normal ; d'autre part, l'expulsion de matières fécales dures et volumineuses peut faire éclater les points de suture, même au bout de cinq à huit jours. Nous avons obtenu de meilleurs résultats en suivant la technique suivante : le lendemain de l'accouchement l'opérée prend le soir un laxatif, de préférence une poudre laxative, et le matin suivant un lavement de 250 grammes d'huile stérilisée. Après l'évacuation on fait passer dans le rectum un demi-litre à un litre d'eau bouillie boratée tiède. On continue les jours suivants à veiller au bon fonctionnement de l'intestin en prenant les mêmes précautions ; de cette façon on obtient des selles liquides ou semi-liquides qui n'ont aucune influence fâcheuse sur les sutures.

La température de l'opérée est prise matin et soir dans la bouche ou dans l'aisselle ; dans le cas où le thermomètre atteindrait ou dépasserait 38°, il faudrait aussitôt examiner très attentivement toute la région suturée.

Si la plaie a un bon aspect, on enlèvera les deux tiers des crins de Florence le huitième jour ; quant aux catguts, on n'a pas à s'en occuper, ils se résorbent spontanément.

Dans certaines circonstances, on peut être obligé d'enlever les crins de Florence avant la date habituelle, tantôt parce que la région traumatisée est le point de départ d'accidents inflammatoires, tantôt parce qu'un œdème considérable se produit. Dans le premier cas, le périnée devient rouge et douloureux, la malade accuse à son niveau une sensation de constriction souvent accompagnée d'élancements; l'application de pansements humides chauds suffisent souvent à arrêter l'infection. Si, au contraire, celle-ci continue à évoluer, la rougeur et la tuméfaction s'accentuent, la douleur devient plus intense, ou bien les lèvres de la plaie se recouvrent de fausses membranes grisâtres, il faut alors ne pas hésiter à faire sauter tous les points de

suture et à écarter les surfaces cruentées afin de les transformer en une plaie largement ouverte qu'il sera plus facile de nettoyer et de panser à plat.

Dans d'autres cas c'est un œdème blanc mais considérable qui apparaît peu de jours après l'intervention ; en général, cet œdème ne reste pas limité aux régions suturées, il gagne les grandes lèvres et les parties voisines ; les fils menacent alors de couper les tissus au milieu desquels ils disparaissent, si on ne les sectionne pas rapidement.

Au moment de l'enlèvement des fils à la date normale, il n'est pas rare de constater à leur niveau des sillons plus ou moins profonds et même de véritables cratères, il suffit de toucher avec un peu de teinture d'iode ces légères pertes de substance pour les voir se combler rapidement. Très souvent aussi il existe sur la ligne périnéale des bourgeons charnus ou des excroissances ayant l'aspect de papillômes ; il n'y a pas à s'en préoccuper, ils s'atténuent peu à peu et ils finissent par disparaître spontanément.

La périnéorraphie immédiate n'est pas toujours suivie de succès bien que toutes les précautions antiseptiques aient été prises et que la technique opératoire ait été suivie rigoureusement. L'absence de réunion des lèvres de la plaie peut tenir à des causes multiples dont les principales sont : la mauvaise qualité des tissus, qu'on rencontre chez les albuminuriques, chez les primipares âgées et chez les femmes dont le périnée a été longtemps en contact avec la tête fœtale ; l'infiltration secondaire des téguments, dont la circulation est gênée par la constriction des fils ; la suppuration sans retentissement général. Au moment de l'enlèvement des points de suture on est tout étonné de voir chaque lèvre se porter en dehors et être recouverte d'une fausse membrane jaunâtre. Il faut signaler également la persistance dans la plaie de lambeaux sphacélés, qui auraient dû être ébarbés et qui ont joué le rôle de corps étrangers ; citons enfin les opérations pratiquées trop tardivement, c'est-à-dire au bout de douze à quinze heures.

Il arrive aussi que le résultat obtenu est incomplet, il y a seulement réunion partielle ; dans cette variété tous les degrés peuvent se rencontrer. Les parties supérieures ont pu se désunir, on se trouve alors en présence d'une déchirure incomplète qu'il sera facile de réparer secondairement ; si, au contraire, la région voisine de la vulve est seule consolidée, il existe un pont cutané limitant une fistule vagino-périnéale ; il est souvent nécessaire de faire sauter la bride cutanée pour reconstituer le périnée, comme on le fait dans la déchirure centrale. Enfin, dans les ruptures complètes, le périnée cutané peut avoir repris, mais il y a absence de réunion au niveau de la cloison recto-vaginale sur une étendue variable. Celle-ci peut parfois guérir spontanément avec le temps, mais le plus souvent elle nécessite une intervention d'ordre chirurgical.

Périnéorraphie immédiate secondaire. — La périnéorraphie immédiate secondaire est l'opération pratiquée dans les quinze jours qui suivent l'accouchement, d'ordinaire du huitième au quinzième. Elle n'est possible qu'à la condition que les suites de couches soient apyrétiques, que les lochies ne soient ni fétides, ni purulentes, ni trop abondantes, que l'état général soit bon et que localement la plaie ait une belle apparence ; ce qui équivaut à dire qu'elle est contre-indiquée dans l'infection générale et locale.

On doit y avoir recours chaque fois qu'on aura dû différer la périnéorraphie immédiate soit à cause d'un mauvais état général, faiblesse extrême, tendance syncopale, crises éclamptiques, soit à cause d'un mauvais état local, œdème et thrombus périnéo-vulvaires. Le périnée déchiré peut aussi n'avoir pas été réparé sans raison et cela par ignorance ou par impéritie de la personne qui a fait l'accouchement.

Pour pratiquer la périnéorraphie immédiate secondaire on prendra certaines précautions préparatoires. L'avant-veille du jour choisi pour l'opération on purgera la femme ; la veille on rasera avec soin la région vulvo-périnéale et on appliquera ensuite un pansement humide maintenu par un

bandage en T. Les instruments seront les mêmes que ceux déjà énumérés, on y ajoutera des ciseaux courbes et une curette tranchante. On aura décidé d'avance le mode d'anesthésie auquel on préfère avoir recours ; si les dégâts sont considérables, l'anesthésie générale est obligatoire ; si, au contraire, ils sont peu importants, on se contentera de l'anesthésie locale. Pour cela on s'adressera à la cocaïne ou à la stovaïne soit en application directe au moyen d'un tampon imbibé d'une solution à 1 p. 50 ou même 1 p. 20 et laissé au contact de la plaie pendant 5 à 10 minutes, soit en injections sous-cutanées ; dans ce cas, on se sert d'une solution à 1 p. 100. Chaque piqûre doit être faite non pas perpendiculairement à la surface cruentée, mais parallèlement à cette surface en commençant par la partie supérieure, voisine de la vulve ; la première piqûre seule est douloureuse, les suivantes ne doivent pénétrer dans les tissus qu'en profitant des zones déjà anesthésiées.

L'anesthésie obtenue, on place la femme en position obstétricale, on fait le cathétérisme vésical, on donne une injection vaginale antiseptique et on lave avec la même solution et du savon la région vulvo-périnéale, qu'on protège ensuite avec de grandes compresses stérilisées ou avec des serviettes bouillies. Le premier temps de l'opération consiste à exciser les bourgeons charnus soit avec la curette, soit avec les ciseaux, puis à racler avec soin toutes les surfaces qui doivent être réunies ; on insistera particulièrement sur les bords et sur l'angle inférieur où un commencement d'épidermisation a pu se produire. Lorsqu'on a ainsi obtenu deux plaies cruentées, on fait la suture par le procédé déjà décrit à propos de la périnéorraphie immédiate. Les soins consécutifs sont les mêmes et la convalescence de la femme sera d'autant moins retardée qu'on sera intervenu plus tôt après l'accouchement.

Nous laissons de côté la périnéorraphie tardive qui n'appartient plus à la période obstétricale et qui rentre dans le domaine de la gynécologie.

PHLEGMATIA ALBA DOLENS

La phlegmatia alba dolens est une localisation infectieuse de la puerpéralité ; tantôt elle en est la seule manifestation, tantôt elle survient après d'autres accidents de même origine.

Elle apparaît en général à la fin de la troisième semaine qui suit l'accouchement après une période des suites de couches plus ou moins fébriles ; parfois il n'y a eu qu'une ou deux élevations de température.

Le premier signe est accusé par la malade, c'est la *douleur* qui survient brusquement soit dans le mollet, soit au niveau du pli de l'aine, le plus souvent du côté gauche. Cette douleur peut persister pendant quelques jours, elle est d'intensité variable, tantôt sourde, tantôt vive, continue ou intermittente, elle est exaspérée par le moindre mouvement et par la pression même légère. Suivant de près la douleur, quelquefois la précédant apparaît l'*œdème*, qui débute par la racine du membre ; d'abord peu appréciable, il devient assez rapidement considérable. Le membre atteint paraît affaissé sur lui-même, étalé, il est lisse, luisant, blanchâtre, l'épiderme est transparent et laisse voir les veines superficielles dilatées.

Pour déterminer le godet, caractéristique de l'œdème, il faut appuyer lentement, progressivement et longuement au niveau des malléoles et de la face interne du tibia.

La palpation du trajet de la veine douloureuse doit même être évitée, car une pression légère du vaisseau peut détacher un fragment du caillot et déterminer une embolie.

La température du membre est généralement augmentée dans les premiers jours, puis diminuée. Les phénomènes généraux sont très variables; au début de l'affection, la température s'élève à 38°, 39° et même 40°, le pouls est fréquent, le faciès est pâle.

Pendant la période d'état, on constate de l'hydarthrose du genou, qui distend les culs-de-sac synoviaux et augmente la déformation du membre.

Dans les infections graves, il n'est pas rare de voir la phlegmatia atteindre le membre opposé.

La guérison au bout de trois à quatre semaines peut être complète; parfois cependant l'œdème persiste et le membre inférieur est déformé. C'est dans ces cas qu'on constate des troubles trophiques du système cutané, la peau est sèche, les poils se développent et les ongles s'hypertrophient.

Le gros danger de la phlegmatia est l'*embolie* qui se produit habituellement à propos d'un mouvement. Suivant le volume du caillot, l'embolie détermine soit la mort plus ou moins subite, soit un foyer d'apoplexie pulmonaire.

La phlegmatia alba dolens est parfois annoncée par de petites embolies pulmonaires ayant comme point de départ une phlébite des veines péri-utérines.

Traitement. — Au point de vue prophylactique, il est prudent de ne pas laisser se lever à la fin de la troisième semaine les accouchées, qui ont eu des suites de couches pathologiques et particulièrement celles qui ont présenté des petites embolies pulmonaires. Le lever ne sera permis qu'à la fin de la quatrième semaine après une exploration attentive de tout le système veineux des membres inférieurs.

Le traitement de la phlegmatia consiste à maintenir la femme au repos absolu au lit dans la position horizontale et à immobiliser le membre malade. Celui-ci sera placé avec précaution dans une gouttière bien matelassée de ouate ou sur un coussin de balle d'avoine, le pied dépassant le coussin et maintenu à un niveau plus élevé que la racine du membre.

Lorsque l'œdème est considérable, on appliquera sur le membre des compresses imbibées de la solution suivante et recouvertes d'un taffetas chiffon :

Chlorhydrate d'ammoniaque à saturation.

Ces compresses seront renouvelées matin et soir et enlevées

dès que l'on verra apparaître sur les téguments des petites vésicules.

Ces compresses peuvent être remplacées par l'application sur tout le membre d'une légère couche de pommade au collargol recouverte de coton hydrophile :

Argent colloïdal.	10 grammes.
Lanoline.	āā 25 —
Axonge benzoïnée.	

On calmera la douleur pendant la période du début par des injections sous-cutanées de morphine ou par le chloral à l'intérieur, deux à trois cuillerées de sirop dans les vingt-quatre heures.

Le régime lacté sera ordonné pendant la période fébrile, puis l'alimentation sera normale, mais les aliments seront privés de sel, tant que l'œdème persistera.

On veillera au fonctionnement quotidien de l'intestin à l'aide de laxatifs et de lavements.

Le massage léger ne sera mis en œuvre que trois semaines après la disparition de toute élévation fébrile, la température étant prise trois fois par jour.

On permettra à la malade de laisser pendre les membres inférieurs hors du lit au bout d'un mois, d'abord pendant un quart d'heure, puis pendant une demi-heure, en évitant la flexion de la cuisse sur le bassin. On fera suivre chacune de ces séances d'un massage et de manipulations articulaires pour éviter les ankyloses. Ce n'est que du 35e au 40e jour qu'on commencera les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin et qu'on autorisera la position assise dans le lit.

Avant de permettre le lever, on ordonnera à la malade de porter un bas élastique avec cuissard. La marche sera chaque jour plus longue et elle sera suivie d'une séance de massage plus accusé.

Pendant la convalescence les stations debout ou même assises trop prolongées seront interdites ; l'alimentation sera surveillée : la viande ne sera permise qu'à un des repas, et

on défendra le café et l'alcool ; l'intestin devra fonctionner tous les jours.

Si la phlébite laisse des traces après plusieurs mois, on conseillera un traitement à Bagnoles de l'Orne, comprenant la cure thermale et l'effleurage des veines.

PORRO (OPÉRATION DE)

Au point de vue chirurgical pur, cette intervention n'a plus qu'un intérêt historique, elle a été remplacée par l'hystérectomie abdominale sub-totale avec abandon du moignon cervical dûment hémostasié, suturé et péritonéisé dans la cavité abdominale au grand bénéfice de l'opérée et de la solidité de sa paroi.

Et pourtant dans tous les traités d'accouchements même les plus récénts l'opération de Porro subsiste précieusement conservée. En matière obstétricale, en effet, il faut que le praticien le moins habitué à la pratique chirurgicale ait à sa disposition un procédé qui lui permette d'enlever un utérus d'une façon sinon élégante, du moins expéditive et suffisamment sûre dans des cas où cette ablation s'impose d'urgence, sous peine de mort plus ou moins rapide de la parturiente.

L'opération de Porro remplit ces désidératas et c'est pour cette raison qu'il faut la garder dans la pratique obstétricale.

Indications. — L'opération de Porro est indiquée : 1° Dans la rupture utérine, il y a une indication précise, nette et formelle : tout utérus rompu est un utérus qu'il faut enlever. S'il est permis de discuter sur le choix du procédé, il faut reconnaître cependant que le Porro permet de pratiquer cette ablation dans des circonstances de temps et de lieu où l'hystérectomie totale ou subtotale serait ou impraticable ou sûrement mortelle ;

2° Dans les deux autres cas le Porro ne représente que le

dernier temps d'une autre opération, la césarienne; c'est l'état de l'utérus qui oblige à en faire le sacrifice.

L'organe peut en effet rester absolument inerte malgré les massages, les frictions, l'ergotine, les aspersions chaudes; il saigne abondamment au point qu'en quelques instants la vie de la femme est compromise, l'ablation de l'organe saignant reste la suprême ressource.

D'autres fois, l'hémorragie est antérieure à la césarienne, il s'agit d'un décollement prématuré du placenta normalement inséré, qui est survenu au début du travail et qui s'accompagne d'une rigidité invincible du col. On trouve parfois dans ces cas de telles lésions hémorragiques de la paroi utérine que la conservation de l'organe est impossible.

3° Enfin dans un dernier cas, la césarienne a été faite à une époque reculée du travail alors que les membranes sont rompues depuis longtemps et que la parturiente est fébrile. Conserver cet utérus infecté, c'est s'exposer à voir la malade emportée dans les trois jours ou moins par péritonite ou septicémie.

Manuel opératoire. — Pour exécuter une opération de Porro il faut :

Un bistouri.

Des ciseaux.

Une pince à disséquer à griffes.

Des pinces hémostatiques.

Une aiguille à sutures.

Deux grosses aiguilles à tricoter ou deux broches spéciales.

Un lien de caoutchouc plein de 30 centimètres de long et de 6 à 8 millimètres de diamètre.

L'incision de la paroi abdominale ne présente absolument rien de spécial (voir OPÉRATION CÉSARIENNE).

Pour l'ablation de l'utérus supposé vidé de son contenu, on saisit celui-ci solidement à pleine main par l'intermédiaire d'une compresse de façon à l'attirer le plus possible hors de l'abdomen. Cette attraction est aisée, car à la fin de la grossesse tous les ligaments utérins sont augmentés de

longueur et ramollis; en outre, le segment inférieur de l'utérus est mince et étirable ; avec l'utérus les trompes, les ovaires et les ligaments ronds sont extraits de l'abdomen.

L'utérus étant maintenu fortement dans cette situation par un aide, l'opérateur va poser le lien élastique sur la partie inférieure de l'utérus le plus près possible du col, ce lien enserre simultanément les pédicules des artères utéro-ovariennes, des utérines et des ligaments ronds. On le serre énergiquement et on fait un second tour en prenant garde de pincer dans l'anse la vessie ou l'intestin, ce dernier est le plus dangereux des deux organes par sa grande mobilité.

Pour fixer le lien, on ramène les deux chefs en avant et on les pince solidement avec une pince hémostatique forte ou mieux encore avec un clamp. Pour empêcher le moignon de rentrer dans l'abdomen et la ligature de glisser on embroche l'utérus de part en part avec une ou mieux deux aiguilles à tricoter juste au-dessus du lien de caoutchouc. Si l'on ne met qu'une broche, on la place d'un bord à l'autre de l'utérus; si l'on utilise deux broches, ce qui vaut mieux, on les croise en X, l'une pénétrant par exemple en avant et à gauche pour ressortir en arrière et à droite et inversement pour l'autre. Par surcroît de précaution, si le temps ne presse pas trop, il est bon de suturer le péritoine pariétal au pourtour du péritoine viscéral du moignon par six à huit points séparés. Enfin avant d'amputer la matrice, on referme l'abdomen par un surjet au catgut sur le péritoine, dont la cavité va désormais se trouver à l'abri de toute souillure. L'amputation de l'utérus est alors pratiquée rapidement et facilement au bistouri, puis, avec ce dernier instrument ou avec des ciseaux, on pare le moignon en régularisant la section, en excisant la muqueuse et en la cautérisant au thermocautère. Il faut se garder de sectionner trop près des broches dans la crainte que celles-ci ne coupent ce pont de tissu trop faible et laissent échapper moignon et ligature.

Il n'y a plus qu'à achever les sutures de la paroi et à appliquer le pansement.

Après badigeonnage du moignon à la teinture d'iode, on le saupoudre avec un mélange par parties égales de :

Tannin.
Peroxyde de zinc (ektogan).
Acide salicylique,

et on applique un pansement à la gaze stérilisée ou au peroxyde de zinc (ektogan). Il faut avoir soin d'interposer entre la peau et les extrémités de la ou des broches des petits coussinets de gaze roulée.

Soins consécutifs. — Le Porro nécessite un plus ou moins grand nombre de pansements suivant que le moignon se dessèche ou suppure ; les pansements sont donc renouvelés plus ou moins souvent suivant la forme sèche ou humide du sphacèle et l'abondance des sécrétions. L'idéal est de les faire aussi rarement que possible, mais il peut être nécessaire de les changer quotidiennement.

Le moignon se détache habituellement au bout de trois semaines environ, en laissant une petite plaie bourgeonnante et parfois un petit trajet fistuleux qui peut persister longtemps.

Les fils de la paroi sont enlevés vers le 9ᵉ ou 11ᵉ jour.

Les opérées sont toujours des femmes en état de shock ou d'infection, il est donc important de lutter contre ce double danger dès premiers jours par des injections de sérum sous-cutanées (un litre à 1.500 grammes par 24 heures) et d'huile camphrée à 10 p. 100 (10 à 15 centimètres cubes en 24 heures par 1 à 2 centimètres cubes à la fois).

Suivant l'état du cœur, la douleur, on peut y joindre des injections de caféine, de spartéine, de morphine et d'adrénaline.

PRÉMATURÉS

Sous le nom de prématurés on désigne les enfants nés viables avant le terme de la grossesse, c'est-à-dire à partir de la fin du sixième mois de la vie intra-utérine. Encore la viabilité d'un fœtus de six mois est-elle bien précaire et est-il exceptionnel de pouvoir sauver un enfant prématuré dont le séjour dans l'utérus a été aussi restreint. La plupart des exemples qui en ont été cités doivent, du reste, être acceptés avec réserve, car il est bien difficile de fixer d'une façon précise l'époque de la fécondation et par suite de déterminer exactement l'âge de la vie intra-utérine où la grossesse a été interrompue. En réalité, ce n'est guère qu'à partir de six mois et demi de gestation que le fœtus présente quelque aptitude à vivre et ses chances de survie sont d'autant plus considérables que la naissance a lieu à une époque plus rapprochée du terme présumé de la grossesse.

Le prématuré qui vient de naître présente un aspect caractéristique. L'enfant est de petit volume et maigre; l'absence de pannicule adipeux sous-cutané lui donne des formes anguleuses ; les membres sont grêles ; la peau mince laisse apercevoir par transparence le réseau vasculaire sous-jacent, elle est de couleur rouge ou rosée avec des marbrures et recouverte sur toute la surface du corps, y compris la face, d'un fin duvet très abondant. L'épiderme est fragile; dans les jours qui suivent la naissance, il se dessèche et se renouvelle par plaques en se crevassant souvent au niveau des plis cutanés. Les ongles minces et roses n'atteignent pas l'extrémité des doigts. La face est petite, ridée, ce qui donne à ces enfants un aspect de petits vieux. L'ossification du crâne est peu avancée, les fontanelles et les sutures sont larges, les différentes pièces osseuses de la voûte crânienne se dépriment sous le doigt en donnant une sensation analogue à celle qu'on éprouve en déprimant une lame de tôle peu

épaisse et flexible ou la surface d'un chapeau de feutre dur.

Il existe parfois sur les globes oculaires des vestiges de la membrane pupillaire. Chez les garçons on observe souvent la descente incomplète d'un ou des deux testicules ; chez les filles, les grandes lèvres sont peu développées, les petites lèvres et le clitoris sont saillants.

Le poids des prématurés est le plus souvent inférieur à celui d'un enfant à terme, il oscille entre 2.500 et 1.000 grammes ; parfois, bien qu'exceptionnellement, on a vu survivre des prématurés dont le poids, à la naissance, n'atteignait que 800 ou 900 grammes.

Il ne faut pas se baser exclusivement sur le poids pour apprécier la vitalité du prématuré. Son avenir dépend moins de son poids que du développement de ses organes, c'est-à-dire du temps qu'il est demeuré dans la cavité utérine ; tel prématuré de 1.800 grammes, mais qui au terme normal de la grossesse aurait pesé à peine 3 kilogrammes, sera plus apte à vivre qu'un autre de 2.000 qui, à terme, aurait dépassé 4 kilogrammes. Si le poids des prématurés a son importance, il ne faut cependant pas établir son pronostic d'après ce seul élément d'appréciation, on tiendra compte de la durée probable de la gestation et de l'habitus général du sujet. Tel prématuré d'un poids notable, mais ayant tendance au refroidissement, ne criant pas, se laissant aller, inerte, incapable de téter, sera beaucoup moins apte à vivre qu'un autre, plus petit et plus maigre, mais vif, ouvrant les yeux, criant, s'agitant et prenant le sein avec avidité. Chez le premier, les organes vitaux (appareil pulmonaire et surtout tube digestif, incomplètement développés fonctionnent d'une façon imparfaite, les échanges respiratoires sont peu actifs, la nutrition insuffisante ; l'enfant se refroidit, maigrit et meurt malgré tous les soins dont il est entouré. Le second, au contraire, est chétif et maigre parce qu'il a souffert pendant son séjour dans la cavité utérine et que sa nutrition a langui, mais chez lui les organes ont terminé leur évolution physiologique, ils sont capables de fonctionner et

il suffit de donner à cet enfant une alimentation convenable pour le voir se développer rapidement.

Ce que nous venons de dire montre donc que si un grand nombre de prématurés sont atteints de faiblesse congénitale en raison de leur petit volume et de l'inachèvement de leurs organes, il en est d'autres qui sont vigoureux et ne demandent qu'à vivre. Il ne faut donc pas confondre prématurés et débiles ; tous les prématurés ne sont pas des débiles et réciproquement; beaucoup d'enfants, bien que nés à terme ou près du terme, n'en sont pas moins débiles parce qu'ils sont issus de mères malades ou atteints d'une tare originelle (tuberculose, syphilis, alcoolisme) qui compromet gravement leur vitalité.

Les prématurés présentent une tendance très marquée au refroidissement. Chez les nouveau-nés venus à terme on observe, après la naissance, un léger abaissement de température dû à la déperdition de calorique par rayonnement et évaporation à la surface du corps. Cette perte de chaleur est bientôt compensée par les phénomènes de respiration et de combustion qui ne tardent pas à s'établir ; la température remonte peu à peu et, au bout de quelques heures elle est revenue à la normale et s'y maintient.

Chez le nouveau-né prématuré l'hypothermie, qui suit la naissance est beaucoup plus prononcée, ce phénomène se conçoit facilement, car chez lui le petit volume du corps et le peu d'épaisseur de la couche graisseuse sous-cutanée favorisent la déperdition extérieure de calorique. De plus, par suite de l'inachèvement de ses organes, les combustions sont peu actives, il lutte mal contre le refroidissement qui l'envahit et, si l'on ne s'oppose pas à cette hypothermie croissante, on voit la température s'abaisser au-dessous de 36°, tomber à 35°, 34°, 32°, quelquefois même plus bas et l'enfant succomber.

En dehors de l'abaissement de température appréciable au thermomètre et à la main, l'hypothermie se manifeste chez le prématuré par un état pathologique spécial connu

sous le nom de sclérème. Sur divers points du corps, mais surtout au niveau des mollets, des cuisses et de la paroi abdominale la peau et les tissus sous-jacents présentent une infiltration dure qui ne se laisse pas déprimer par le doigt ; la peau jaunâtre ou livide fait corps avec les parties sous-jacentes ; on ne peut la plisser, ni la faire glisser avec la main. Le membre est transformé en un bloc de glace, froid à la main, dur et inerte. Le sclérème reconnaît pour cause le ralentissement de la circulation générale du sujet, il est d'un pronostic fâcheux pour l'avenir de l'enfant ; cependant, si les soins ne sont pas trop tardifs, on voit le sclérème fondre et disparaître, le tissu s'assouplir à mesure que la circulation se rétablit et que l'enfant se réchauffe.

L'alimentation du prématuré est très difficile. Sa faiblesse générale, le peu de vigueur de son système musculaire font qu'il exécute avec peine les mouvements de succion. Le prématuré tette mal, il se fatigue rapidement, s'endort sur le sein, parfois même il est incapable d'avaler les quelques cuillerées de lait qu'on lui verse dans la bouche ; la quantité de lait ingéré est alors insuffisante pour l'alimenter. D'un autre côté, la petite capacité de son estomac, l'inachèvement des organes digestifs sont souvent l'origine de phénomènes d'intolérance pour le lait et de gastro-entérite parfois assez grave pour entraîner la mort. On voit aussi quelquefois des prématurés d'un poids notable, d'un embonpoint satisfaisant, mais nés longtemps avant terme, dépérir peu à peu bien qu'ils prennent chaque jour une quantité de lait assez considérable ; sans vomissements, sans troubles digestifs marqués, ils maigrissent et meurent. Chez eux, le développement incomplet des glandes digestives (glandes salivaires et gastriques, foie, pancréas) et des villosités intestinales ne leur permet pas d'absorber les éléments nécessaires à leur nutrition ; ils succombent parce que l'assimilation ne se fait pas.

Les prématurés débiles présentent parfois des accès de cyanose. Brusquement ils bleuissent et asphyxient ; on les ranime par des bains, des frictions à l'alcool, la respiration

artificielle, mais le plus souvent il survient de nouvelles crises d'asphyxie et ils finissent par succomber. Ces crises de cyanose ont été attribuées à la surcharge de l'estomac, à la persistance du trou de Botal, à l'insuffisance respiratoire par atélectasie partielle des poumons. Budin a montré que la cause véritable était l'insuffisance de l'alimentation, soit que les enfants ne prennent pas assez de lait, soit qu'ils aient des vomissements et n'en conservent pas la quantité nécessaire.

Traitement. — L'hypothermie, une alimentation insuffisante ou défectueuse, tels sont les deux grands dangers qui menacent le prématuré après sa naissance. Pour lui venir efficacement en aide, il faut donc : *le préserver du refroidissement*, *lui donner une alimentation convenable.*

1. **Réchauffement du prématuré.** — Aussitôt après la naissance, l'enfant sera nettoyé dans un bain chaud, puis rapidement habillé en évitant avec plus de soin encore que de coutume toute exposition au froid. Pour combattre le refroidissement, les membres, le corps, la tête du nouveau-né seront enveloppés d'une couche d'ouate et l'enfant couché dans un berceau muni des couvertures suffisantes. Auprès de lui on placera et on entretiendra constamment trois boules d'eau chaude (une aux pieds et une de chaque côté), solidement bouchées et entourées d'un manchon de flanelle. Ces petites précautions sont indispensables, le contact direct de la bouillotte avec le corps de l'enfant pouvant déterminer des brûlures graves.

Lorsque le prématuré est doué d'une assez grande vitalité et qu'il développe une quantité de chaleur peu inférieure à celle d'un enfant né à terme et vigoureux, l'enveloppement ouaté suffit à le protéger contre le refroidissement. Il n'en est pas de même avec un prématuré chétif chez lequel la circulation est peu active, la respiration faible et superficielle ; la quantité de calorique qu'il produit est alors si minime que, même avec ce manteau protecteur, elle ne saurait maintenir sa température au degré indispensable à l'entretien de sa vie. Pour sauver sa précaire existence, il faut

lui fournir la chaleur qui lui manque ; on la lui procure en élevant artificiellement la température du milieu où il vit par l'emploi de la couveuse ou de la chambre surchauffée.

Nous n'avons pas ici l'intention de décrire la couveuse connue de tous ; disons seulement qu'il en existe plusieurs modèles, mais que le plus simple et, au besoin, le plus facile à improviser sur place, en dehors des milieux hospitaliers, est encore la couveuse de Tarnier, premier modèle. Elle est constituée par une caisse à deux étages communiquant l'un avec l'autre. L'air s'échauffe à l'étage inférieur dans lequel sont placées des boules d'eau chaudes en métal ou en grès, qu'on change aussi souvent qu'il est nécessaire pour maintenir constamment l'appareil à une température déterminée, il passe ensuite à l'étage supérieur réservé à l'enfant. Celui-ci ne sera pas laissé nu dans sa couveuse, car, si par négligence ou par oubli la personne chargée de surveiller l'appareil omettait de renouveler l'eau des boules, la température s'abaisserait rapidement et l'enfant, non vêtu, ne tarderait pas à se refroidir. Il est plus prudent de l'emmailloter ou d'adopter l'habillement à l'anglaise qui permet au nourrisson de se remuer et de mouvoir ses membres.

Pour apprécier s'il est nécessaire de placer un prématuré en couveuse, on doit tenir compte de plusieurs éléments dont les principaux sont : le petit volume, la faiblesse, la tendance au refroidissement, l'époque de la grossesse où a lieu la naissance anticipée. D'une façon générale sont justiciables de la couveuse les enfants dont le poids est inférieur à 2.000 grammes et dont la température rectale est au-dessous de 36°. Néanmoins, le poids ne saurait par lui-même fournir d'indication absolue, à moins toutefois de petitesse exagérée du sujet. Un enfant pesant moins de 2.000 grammes, mais né près du terme et vigoureux, n'a pas besoin de couveuse, tandis qu'elle est indispensable à un autre enfant dépassant 2 kilogrammes, mais né très prématurément et présentant un certain degré d'hypothermie.

Il n'en est pas de même de l'abaissement de température

et tout prématuré, dont la température rectale reste au-dessous de 36°, doit, quel que soit son poids, être réchauffé artificiellement par la couveuse ou la chambre surchauffée.

L'existence du sclérème constitue aussi une indication absolue de la mise en couveuse.

La température de la couveuse sera maintenue à un degré variable suivant les besoins de l'enfant. Pour combattre l'hypothermie du nouveau-né, il est inutile de porter la couveuse à une température très élevée. Le but de la couveuse est moins de réchauffer l'enfant que de le défendre contre le refroidissement dû à la déperdition extérieure de calorique ; son action consiste moins à lui fournir de la chaleur qu'à lui permettre de conserver celle qu'il produit. Une température de 26 à 28° est en général suffisante pour cela. C'est à 28° que nous maintenons le plus souvent les couveuses. Cependant, avec un enfant chétif, de petit volume, il peut être avantageux de dépasser ce chiffre et de maintenir la couveuse entre 30 et 32° ; mais il est rarement nécessaire d'aller au delà et de porter la température à 33 ou 34°.

L'enfant sera surveillé attentivement dans la couveuse, sa température rectale sera prise chaque jour ainsi que son poids. Si la température du nourrisson n'a aucune tendance à se relever, on cherchera à remédier à cette hypothermie persistante en chauffant davantage la couveuse, en donnant à l'enfant des bains chauds comme il sera indiqué plus loin. Si l'enfant s'agite et est couvert de sueurs, c'est que la température de la couveuse est au contraire trop élevée et que le sujet est incommodé de cet excès de chaleur. Lorsque la température de l'enfant se maintient d'une façon constante à 36° et au-dessus, il faut songer à le sortir de la couveuse. Ce changement de milieu ne se fera pas brusquement, mais avec transition et précaution. On abaissera peu à peu la température de la couveuse, on l'ouvrira à plusieurs reprises chaque jour et de plus en plus longtemps chaque fois ; on commencera par sortir l'enfant de la couveuse seulement le jour pour l'y remettre la nuit et on ne la supprimera com-

plètement qu'après s'être assuré qu'il supporte sans défaillance ces épreuves successives.

Si la couveuse est un secours précieux qui permet de sauver l'existence d'enfants atteints de faiblesse congénitale, elle présente aussi quelques graves inconvénients. En dehors de l'hôpital, la surveillance de la couveuse est difficile ; il arrive souvent que la personne, à laquelle est confié ce soin, est insuffisamment expérimentée et laisse l'appareil se refroidir ou le thermomètre monter à une température d'étuve. De plus, il faut toutes les deux heures sortir l'enfant de la couveuse pour lui donner à téter; on le fait ainsi passer d'une température voisine de 30° à une température qui ne dépasse pas 15 ou 16°. Ces variations souvent répétées ne sont peut-être pas sans prédisposer l'enfant aux complications infectieuses, si fréquentes chez les débiles mis en couveuses et dont ces appareils ont été accusés d'être l'origine. En effet, malgré tous les perfectionnements apportés à leur installation, la ventilation des couveuses est insuffisante et leur désinfection imparfaite. Ce sont là d'excellentes conditions pour favoriser le développement des germes morbides qui se trouvent à leur intérieur. Il en résulte que la couveuse expose à l'infection des sujets qui, par leur débilité même, y sont déjà particulièrement sensibles ; c'est là le gros reproche adressé à cet appareil et le plus grave danger menaçant la fragile existence des prématurés qui y sont déposés.

Frappés des inconvénients des couveuses, beaucoup de médecins d'enfants et d'accoucheurs n'y ont recours que dans les cas exceptionnels et très rares où il est indispensable de maintenir la température à 33 ou 34° ; dans les autres cas, les plus nombreux, où une chaleur moindre est suffisante, ils préfèrent placer l'enfant dans une chambre surchauffée dont la température est portée, suivant les circonstances, entre 25 et 30°. L'usage de la chambre chauffée supprime tous les inconvénients des couveuses, elle n'a que l'ennui d'imposer à la nourrice et à la personne qui sur-

veille l'enfant, la gêne d'un séjour dans une pièce dont la température est aussi élevée.

Nous avons adopté en ville cette manière de faire et elle nous a toujours suffi ; jusqu'à ce jour nous n'avons jamais eu besoin de recourir à la couveuse.

Il est parfois difficile, l'hiver, de chauffer convenablement une chambre entière : dans ce cas, on peut isoler une partie de la pièce à l'aide d'un paravent placé près de la cheminée, de façon à créer une sorte de chambre d'incubation où sera placé le berceau et où l'on obtient une température plus élevée que dans le reste de la chambre.

Quel que soit le procédé employé pour protéger l'enfant contre le refroidissement (couveuse ou chambre chauffée), une précaution capitale s'impose, c'est d'y avoir recours immédiatement après la naissance du prématuré. « Il ne faut pas attendre quatre, cinq ou six heures ; l'abaissement de température, qui se produit d'emblée, peut être très préjudiciable au nouveau-né malgré les soins pris ultérieurement. » (Lepage.)

Lorsqu'on est appelé près d'un enfant dont l'hypothermie est très accentuée, on obtient de très bons résultats par l'emploi des bains chauds. On peut les administrer de deux façons différentes : ou bien plonger d'emblée l'enfant dans de l'eau portée à 38° et l'y laisser un quart d'heure à vingt minutes ; ou bien le mettre dans un bain dont la température sera supérieure seulement d'un degré à celle de son corps et qu'on élèvera ensuite progressivement jusqu'à 38 et même 40°. Le second procédé semble préférable, car il amène un relèvement plus marqué et plus durable de la température du prématuré. Ces bains peuvent être continués avec avantage pendant plusieurs jours et répétés au besoin deux ou trois fois par vingt-quatre heures.

Pour activer la circulation du nouveau-né débile, on aura recours au massage des membres, et aux frictions à l'alcool sur tout le corps.

Enfin, on se trouve souvent très bien pour stimuler la vi-

talité de l'enfant de l'emploi des inhalations d'oxygène renouvelées plusieurs fois par jour. Si l'enfant est en couveuse, on introduit l'extrémité du tube du ballon dans la couveuse en repoussant ou soulevant un peu le couvercle ; l'oxygène se mélange ainsi à l'air que respire l'enfant. Si celui-ci est dans une chambre chauffée, on adapte au tube du ballon l'extrémité d'un entonnoir dont l'ouverture est tournée vers le visage de l'enfant et tenue à une petite distance de celui-ci. L'oxygène se répand ainsi autour de l'enfant et se mélange naturellement à l'air qu'il respire.

Dans le même but on a aussi recours aux injections sous-cutanées de sérum artificiel, aux injections d'eau de mer ou plus simplement aux lavements de sérum d'un emploi plus facile que les injections sous-cutanées en raison de la vulnérabilité des téguments chez les débiles. On fait passer doucement 15 à 20 grammes de la solution salée physiologique dans le rectum et après avoir retiré la sonde de caoutchouc on attend quelques instants pour voir si le lavement est gardé ; en cas d'échec, on en donne un second. Ces lavements seront renouvelés matin et soir.

II. **Alimentation du prématuré.** — L'alimentation du prématuré est toujours délicate à diriger ; les difficultés qu'on éprouve tiennent à trois causes principales :

La fragilité du tube digestif ;

La petite capacité de son estomac ;

La faiblesse générale du sujet qui tette mal, parfois même avale avec peine le lait qu'on lui donne à la cuiller.

Chez le prématuré, les organes glandulaires du tube digestif et les villosités intestinales sont incomplètement développés et les fonctions d'absorption et d'assimilation s'exercent d'une façon imparfaite. L'aliment qui lui convient le mieux est celui dont l'assimilation demande le moins de travail digestif ; un seul remplit cette condition : le lait de femme. *Le lait de femme est une nécessité absolue* pour le prématuré ; remplacer l'allaitement au sein par l'allaitement artificiel, c'est donner au prématuré un aliment qu'il ne

peut utiliser, c'est se vouer d'avance à un échec presque certain. Le lait de femme sera fourni par la mère ou par une nourrice, mais des difficultés surgissent rapidement.

Le prématuré est nourri par sa mère. — Si la naissance a eu lieu peu avant terme et si l'enfant est fort, on se trouve dans les mêmes conditions qu'avec un enfant à terme, l'allaitement se poursuit de la même manière. Mais souvent, surtout chez les primipares, la montée laiteuse est tardive et peu abondante ; la sécrétion lactée est d'autant plus faible que le nourrisson peu vigoureux prend le sein avec peine et tette sans énergie ; dans ces conditions, il est bon d'aider la mère par une nourrice accompagnée de son nourrisson jusqu'à ce qu'elle puisse suffire à son enfant. Il ne faut pas attendre quatre, cinq ou six jours avant de faire venir cette nourrice, mais on doit la procurer le plus rapidement possible au nouveau-né dont la vie déjà fragile pourrait être fortement compromise par une attente trop prolongée.

La meilleure manière de procéder est alors la suivante : le prématuré débile est mis au sein de la nourrice dont le lait vient facilement et près de laquelle il trouvera avec peu d'efforts une nourriture suffisante ; l'enfant de la nourrice est mis au sein de la mère du prématuré, ses succions énergiques modèleront le mamelon, souvent difficile à prendre pour le nouveau-né chez les primipares, et activeront la sécrétion lactée.

Le prématuré est allaité par une nourrice. — Ici la difficulté est d'ordre différent. Tout d'abord le lait coule avec abondance, mais le prématuré tette faiblement et ne prend à chaque tétée qu'une petite quantité de lait. Bientôt le lait vient moins facilement, il diminue peu à peu, puis finit par faire presque totalement défaut. La demande a été insuffisante, le sein s'est tari. Lorsqu'on fait allaiter un débile par une nourrice, il est indispensable de conserver près d'elle son enfant qui sera mis au sein après le débile et dont les succions énergiques entretiendront la sécrétion lactée. Souvent même, la production du lait augmentant avec la de-

mande, la nourrice peut allaiter complètement les deux enfants. Si le sein ne fournit pas une quantité suffisante de lait pour les deux nourrissons, les tétées de l'enfant de la nourrice seront complétées avec du lait stérilisé.

Lorsqu'une femme allaite un débile et un autre enfant, il y a avantage à mettre le débile le premier au sein, non seulement parce qu'au début de la tétée le lait s'écoule plus facilement et passe dans la bouche de l'enfant presque sans effort de succion, mais aussi parce que le premier lait est plus clair et moins chargé de beurre que celui de la fin de la tétée et que par cela même il est d'une digestion plus facile pour le débile.

Le défaut de vigueur du nourrisson constitue aussi un des gros obstacles à l'allaitement au sein des prématurés débiles. Les mouvements de succion de l'enfant sont faibles, il se fatigue, s'endort sur le sein et parfois refuse obstinément de téter ; la quantité de lait ingurgitée par lui est insignifiante ; la nourrice doit alors lui venir en aide en faisant sur le sein des pressions orientées de la périphérie vers le mamelon de façon à exprimer, pour ainsi dire, son contenu dans la bouche de l'enfant. On peut aussi se servir de téterelles du genre de celles de Budin, de Mme Henry, dans lesquelles la mère extrait elle-même le lait de son sein par un mouvement d'aspiration ; le lait aspiré tombe dans l'ampoule centrale de l'instrument d'où il coule directement dans la bouche de l'enfant.

Il manque à certains débiles la force ou l'instinct de faire les mouvements de succion ; la mère doit alors puiser elle-même le lait dans son sein, par expression ou à l'aide d'une téterelle et le donner à la cuiller.

Enfin, quelques débiles sont tellement faibles qu'ils sont incapables d'avaler le lait qu'on leur introduit dans le fond de la bouche à l'aide de la cuiller ; il faut alors recourir au gavage dont nous rappelons brièvement la technique. L'instrument peut être fabriqué avec une sonde uréthrale molle du calibre 14 ou 16, au pavillon de laquelle est adapté un

petit entonnoir de verre ou le bout de sein en verre de Bailly. L'extrémité de la sonde, préalablement mouillée pour faciliter son glissement, est introduite jusqu'à la base de la langue où elle provoque des mouvements de déglutition. Si elle n'est pas avalée directement par l'enfant, on la pousse doucement sur une longueur d'environ 14 ou 15 centimètres jusqu'à ce que son extrémité arrive dans l'estomac. On verse dans l'entonnoir la quantité de lait de femme qu'on veut faire prendre à l'enfant, puis, celui-ci écoulé, on retire la sonde d'un mouvement rapide pour éviter le rejet du lait par régurgitation.

La capacité de l'estomac du prématuré est limitée et cependant il a besoin d'une quantité relativement considérable de nourriture. Pour éviter la surcharge gastrique, *il faut lui donner peu à la fois;* pour l'alimenter suffisamment, *il faut lui donner souvent.* Les tétées seront donc moins copieuses, mais plus nombreuses qu'avec un enfant né à terme et vigoureux. Le prématuré ne prendra au sein qu'une petite quantité de lait, mais cette ration sera fréquemment répétée. Il sera mis au sein toutes les deux heures et, si la quantité de lait absorbé à chaque tétée est tout à fait minime, 15, 10, parfois même 5 grammes, les tétées seront encore plus rapprochées; on le mettra au sein toutes les heures et demie pendant le jour, toutes les trois heures ou trois heures et demie pendant la nuit. Au lieu de sept ou huit tétées par jour on donnera au prématuré dix et même douze tétées en 24 heures.

La quantité de lait nécessaire au prématuré est variable suivant les cas ; elle dépend d'un grand nombre de facteurs dont les plus importants à considérer sont : le volume, la vigueur du prématuré, la tolérance de son tube digestif, la qualité du lait de la nourrice ; tel sujet prospérera avec une quantité de lait qui sera insuffisante pour un autre de même âge et de même poids. Il est donc impossible de fixer d'avance la quantité de lait qui convient à un prématuré. Les premiers jours, on procède par tâtonnements ; la quantité de lait prise

à chaque tétée, la quantité globale consommée en 24 heures sont déterminées en pesant les tétées. Dans la suite on le règle en tenant compte de l'état digestif de l'enfant et de sa courbe de poids. A mesure que le prématuré se développe, on augmente peu à peu la quantité de lait ingéré en même temps qu'on espace progressivement les tétées jusqu'à ce qu'elles soient réduites au nombre de sept à huit par jour.

Mais il ne faut pas se laisser entraîner par le désir de voir augmenter rapidement le prématuré. Il faut avant tout ménager son tube digestif et éviter avec soin de le surcharger; une alimentation trop copieuse serait bientôt suivie de phénomènes d'intolérance, diarrhée et vomissements, qui feraient perdre le bénéfice obtenu précédemment avec peine; les premiers temps surtout, il faut aller lentement et savoir se contenter de peu, il est préférable de voir la courbe de poids rester faible ou stationnaire que de la voir s'élever trop rapidement; « Mieux vaut donner trop peu que trop aux débiles. » (Budin.)

Dans les cas favorables, au bout de douze à quinze jours, le prématuré se met à progresser régulièrement, son augmentation de poids est alors souvent plus rapide que celle de l'enfant né à terme, de telle sorte qu'à quelques mois il a rattrapé la différence et est aussi fort que l'enfant de même âge né à terme.

Le seul moyen de régler d'une façon méthodique et prudente l'alimentation des prématurés, c'est de se servir régulièrement de la balance. L'enfant sera pesé chaque matin ; chaque jour on pèsera plusieurs tétées, les premiers temps il est même utile de les peser toutes ; certains débiles ne font qu'en apparence des mouvements de succion; ils remuent les lèvres, mais n'aspirent pas de lait et on pourrait les croire repus si la balance ne venait montrer que la quantité de lait ingéré est insuffisante ou nulle. Avec la balance on sait exactement ce que prend le nourrisson et on peut à chaque tétée lui faire avaler, à quelques grammes près, la quantité de lait jugée nécessaire. L'emploi de la balance met

donc dans la mesure du possible à l'abri de deux dangers également redoutables pour le prématuré; le nourrir insuffisamment, c'est-à-dire le voir dépérir d'inanition et présenter des accès de cyanose auxquels il peut succomber; le suralimenter, c'est-à-dire l'exposer aux troubles graves de dyspepsie, trop souvent mortels.

Pendant les dix premiers jours, Budin divise les enfants en trois catégories :

1° ENFANTS PESANT MOINS DE 1.800 GRAMMES			2° ENFANTS PESANT DE 1.800 A 2.000	3° ENFANTS PESANT DE 2.200 A 2.500
2e	jour.	115 grammes.	128 grammes	180 grammes
3e	—	160 —	175 —	236 —
4e	—	210 —	226 —	295 —
5e	—	225 —	308 —	335 —
6e	—	250 —	324 —	370 —
7e	—	280 —	335 —	375 —
8e	—	285 —	350 —	385 —
9e	—	310 —	380 —	415 —
10e	—	320 —	410 —	425 —

Après le dixième jour, il faut donner à l'enfant une quantité de lait dépassant un peu le cinquième du poids du corps. Soit un prématuré débile pesant 2.000 grammes, d'après Budin, il doit prendre dans la journée un peu plus de 400 grammes de lait.

Nous répétons que ces données ne sont que des moyennes et qu'en réalité il y a de très grandes variations d'un enfant à un autre

Mais trop souvent les prématurés ne peuvent être nourris au sein pour des raisons diverses et il faut se contenter de l'allaitement artificiel. Nous avons dit qu'il constituait pour eux un pis-aller.

Le lait d'ânesse, qui se rapproche le plus du lait de la femme, serait le meilleur, mais il est assez difficile de s'en procurer et presque toujours on se sert du lait de vache.

Celui-ci ne doit pas être donné pur, mais coupé d'eau bouillie sucrée. Pendant les premiers jours, il sera coupé par moitié, puis, si la digestion s'opère bien, on fera ensuite le mélange avec un tiers d'eau et deux tiers de lait.

Au point de vue de la réglementation des tétées, la conduite à tenir est la même que celle que nous avons indiquée précédemment pour l'allaitement au sein.

L'avenir des prématurés est si précaire, il faut pour les élever tant de peine et de soins, que nous devons consacrer tous nos efforts à empêcher l'expulsion avant terme du produit de conception et, si nous ne pouvons l'éviter, à la retarder autant que possible, quelques jours de gagnés constituent un avantage qui n'est jamais négligeable pour l'enfant. Cependant, il ne faut pas voir dans tout enfant venu avant terme un être taré, dont le développement physique et intellectuel est fatalement compromis par sa naissance prématurée. Non seulement par un allaitement bien dirigé et des soins appropriés on peut en sauver le plus grand nombre, mais souvent même on a la satisfaction de les voir devenir des enfants vigoureux, nullement inférieurs aux enfants nés à terme.

PROCIDENCE DU CORDON

La chute du cordon précédant ou accompagnant la présentation fœtale est un accident dont la gravité intéresse presque uniquement l'enfant.

Chaque fois qu'on aura constaté chez une femme enceinte une cause quelconque empêchant une bonne accommodation du fœtus, il faudra penser à la possibilité d'une procidence du cordon ombilical au moment du travail. Cet accident sera surtout à redouter dans les cas de relâchement très accusé du muscle utérin (multiparité), d'exagération de la quantité du liquide amniotique (hydramnios), d'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, et dans les

présentations du siège, de la face et surtout de l'épaule. Il est aussi parfois déterminé par le refoulement volontaire ou non de la présentation fœtale par la main au cours d'une exploration profonde ou d'une intervention obstétricale, application de forceps ou version.

Tantôt c'est par hasard que la procidence est reconnue par le doigt qui pratique le toucher vaginal, tantôt l'attention est attirée par des signes de souffrance du fœtus, altérations des bruits du cœur ou écoulement de liquide amniotique coloré en vert, alors que quelques instants auparavant ce liquide avait son aspect normal. Ce dernier signe est inconstant, puisqu'il exige la rupture des membranes et que la procidence peut se produire avec une poche des eaux intacte.

Les sensations perçues diffèrent suivant qu'il y a intégrité ou rupture des membranes. Dans ce dernier cas le cordon est parfois hors de la vulve, le diagnostic est alors facile ; s'il est dans le vagin, on sent une petite tige molle, souple, mobile, qu'on peut saisir entre deux doigts, on perçoit alors les battements dont elle est animée, lorsque l'enfant est vivant.

Si la poche des eaux est intacte, celle-ci est habituellement volumineuse, et, à travers les parois membraneuses qui la limitent, on sent un cordon très mobile, de petit volume, fuyant devant les doigts qui cherchent à le saisir. Pour se rendre compte de sa forme, il faut avec beaucoup de précaution, afin de ne pas rompre les membranes, l'appliquer contre un plan résistant, parois du bassin ou présentation. On appréciera alors et sa forme arrondie et son volume de la grosseur du petit doigt ; par la même manœuvre on sentira les battements dont il est animé et qui permettent d'affirmer la vie du fœtus. La mobilité est le meilleur signe qui distingue le cordon des vaisseaux rampant dans l'épaisseur des membranes (insertion vélamenteuse) ; le volume grêle permet de ne pas prendre le cordon pour un membre fœtal qu'il n'est pas rare du reste de trouver à côté de lui ; car,

suivant l'expression de Mme Lachapelle, les procidences s'appellent, leurs causes et leur mécanisme étant les mêmes.

Traitement. — Le diagnostic une fois posé, la conduite variera suivant les circonstances cliniques.

I. — *Si la poche des eaux est rompue, l'enfant étant vivant*, il faudra aussitôt faire la *réduction manuelle*. Pour cela la main aseptisée est introduite dans le vagin, elle saisit le cordon et, pénétrant dans l'utérus, le porte au-dessus de la présentation, lorsque celle-ci est longitudinale; puis avec l'autre main, qui a été appliquée dès le début de l'intervention sur le fond utérin, elle repousse le fœtus vers l'excavation pour en boucher l'entrée supérieure.

Si la procidence se reproduit, ce qui n'est pas rare et ce dont on doit toujours s'assurer par une auscultation fréquente et par le toucher vaginal, on se comportera différemment suivant l'état de la dilatation du col.

Lorsque celle-ci est complète, on termine rapidement l'accouchement soit à l'aide du forceps, si le fœtus est engagé ou si, le bassin étant normal, l'enfant est peu volumineux, soit en s'adressant à la version par manœuvres internes en cas d'élévation de la partie fœtale, de présentation du sommet défléchi ou de présentation transversale, soit par l'extraction s'il s'agit d'un siège.

Lorsque la *dilatation est incomplète*, la meilleure conduite consiste à pratiquer la protection manuelle de la tige funiculaire; la présence de la main dans le segment inférieur augmente la fréquence des contractions utérines et favorise la dilatation, surtout chez les multipares dont le col est facilement dilatable. On peut aussi dans ces conditions avoir recours à l'application du ballon de Champetier de Ribes après réduction de la procidence.

II. — *Lorsque la poche des eaux est intacte*, il faut la respecter, car elle protège le cordon ; on ne la rompra que si la dilatation est complète ou si la dilatation incomplète reste stationnaire par tension excessive de l'œuf.

Cette rupture artificielle des membranes sera suivie immé-

diatement de la réduction manuelle; la main n'abandonnera le vagin qu'après s'être assurée que la présentation longitudinale est descendue oblitérer l'entrée supérieure du bassin.

Si malgré l'intégrité de la poche des eaux, alors que la dilatation n'est pas complète, on constatait des signes de souffrance du fœtus, il faudrait tenter le refoulement à travers les membranes; cette manœuvre ne doit être faite qu'en dehors des contractions utérines, elle serait favorisée en mettant en même temps la femme en position déclive; pour cela il suffira d'enlever oreiller et traversin et de placer sous le siège deux ou trois gros draps pliés ou une brique sous les pieds du lit ; on réalise ainsi une sorte de position de Trendelenburg.

Quant à l'opération césarienne, qui a été préconisée récemment dans les cas de procidence du cordon, elle est peut-être d'une application facile dans un service hospitalier, mais dans la clientèle privée ses préparatifs exigent un temps trop long.

Tout ce que nous venons de dire ne s'applique qu'aux cas où l'enfant est vivant. Lorsque la mort de celui-ci est certaine et que le travail suit un cours normal, il faut laisser l'expulsion se terminer spontanément, à moins qu'une indication, infection, menace de putréfaction, état grave de la parturiente, ne commande une terminaison rapide de l'accouchement; le ballon de Champetier achèvera la dilatation et l'embryotomie céphalique ou rachidienne permettra d'extraire le fœtus sans danger pour la mère.

PROCIDENCE DES MEMBRES

Il y a procidence quand un membre n'appartenant pas à la présentation précède ou accompagne cette dernière.

C'est ainsi que dans les présentations du sommet et de la face, il peut y avoir procidence d'un bras ou d'un pied ; par

contre, la présence du bras dans la présentation de l'épaule ne constitue pas une procidence.

Les procidences des membres sont assez souvent méconnues, le diagnostic dans bien des cas n'est fait qu'au moment du dégagement et vient expliquer la cause, jusque-là obscure, des difficultés d'un accouchement, qui semblait devoir être facile.

On peut dire qu'en général il faut chercher les procidences pour les découvrir. Cette recherche est provoquée par une lenteur excessive du travail se manifestant par une anomalie dans la progression ou dans la rotation de la présentation. C'est donc par un toucher attentif et parfois par le toucher manuel que ce diagnostic peut être établi. Les recherches doivent porter principalement en avant derrière l'arc antérieur du bassin ou en arrière du côté des gouttières sacro-iliaques.

Il est assez fréquent de rencontrer le cordon accompagnant le membre procident.

Les procidences des membres donnent rarement lieu à des difficultés considérables dans la marche du travail à moins qu'elles ne se produisent dans des bassins notablement viciés. Dans ce cas, la présence d'un membre à côté de la présentation n'est pas indifférente.

Il peut arriver que le périnée et la cloison recto-vaginale aient à souffrir sérieusement de la pression anormale sur une surface minime qui résulte de la présence d'un membre procident.

Le pronostic est encore assombri par la fréquence déjà signalée du cordon ; cependant il y a lieu de faire remarquer que dans une certaine mesure le cordon est protégé par ce voisinage.

Traitement. — On sait que les procidences ont parfois pour origine l'exécution de manœuvres maladroites, il faut donc prendre garde de les créer au cours d'une tentative de version : il faut savoir résister au désir d'amener un membre au dehors pour le reconnaître et s'habituer à faire ce diagnostic, d'ailleurs facile, *in utero*.

Quand une procidence manifestement gênante pour la progression de la présentation est constatée, la conduite à tenir est simple : si la présentation n'est pas engagée ou peu engagée, il faut essayer de réduire la procidence et, si l'on échoue, faire une version. Si au contraire la présentation est engagée ; il faut faire une application de forceps, la seule précaution à prendre dans ce cas est de ne pas saisir le membre procident entre la cuiller et la présentation.

PROLAPSUS DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Cet accident se rencontre surtout chez les grandes multipares, dont les moyens de soutien de l'utérus sont très affaiblis par relâchement, effondrement ou déchirures anciennes.

Le prolapsus peut se produire brusquement, *prolapsus de force,* ou lentement, *prolapsus de faiblesse* ; dans ce cas, il s'agit presque toujours d'une femme chez laquelle l'utérus était déjà prolabé antérieurement à la grossesse.

C'est habituellement dans les premiers mois de la gravidité que l'utérus apparaît hors de la vulve ; cette règle n'est pas absolue, car on a vu, mais plus rarement, ces accidents survenir à la fin de la gestation.

Lorsqu'un utérus prolabé devient gravide, il remonte d'ordinaire peu à peu vers la cavité abdominale à mesure qu'il augmente de volume, cependant il arrive parfois que la grossesse évolue alors que l'organe est hors des organes génitaux externes, mais ces faits sont des raretés pathologiques.

Tous les degrés d'abaissement sont constatés, tantôt le col affleure le plan de l'orifice vulvaire, tantôt il fait saillie au dehors, tantôt enfin la hernie extérieure comprend le col et une partie du corps. Il en est de même de la réductibilité, l'utérus prolabé peut être totalement ou partiellement réductible ; dans certains cas, au contraire, son irréductibilité est absolue.

Au prolapsus accusé correspond une inversion plus ou moins accentuée du vagin accompagnée de cystocèle et de rectocèle, de là certains troubles vésicaux : miction difficile, incontinence ou rétention. Quant au col utérin, il est presque toujours altéré, le plus souvent il est allongé et hypertrophié ou œdématié, et il est le siège d'ulcérations suintantes.

Le prolapsus de l'utérus gravide se manifeste habituellement par des douleurs ; tantôt c'est un simple sentiment de gêne, tantôt ce sont des douleurs plus ou moins aiguës irradiant dans l'abdomen et vers la région lombaire.

Lorsque la grossesse n'est pas arrêtée dans son évolution, ce qui n'est pas rare, le travail présente d'ordinaire une durée anormale tenant aux modifications anatomiques du col. C'est en effet la dilatation qui traîne en longueur, parfois même la rigidité siégeant à ce niveau rend l'accouchement impossible et nécessite une intervention sanglante.

La délivrance est quelquefois difficile et les suites de couches peuvent être pathologiques, car cette situation anormale de l'utérus est une cause prédisposante à l'infection.

Traitement. — Au point de vue prophylactique, il est prudent de continuer à faire porter un pessaire de Dumontpallier à toute femme ayant un début de grossesse, lorsqu'elle a présenté antérieurement à celle-ci un degré plus ou moins accentué de prolapsus que le pessaire maintenait. Cet instrument pourra être supprimé à la fin du quatrième mois, mais il sera nécessaire de bien surveiller l'utérus pendant quelque temps. Lorsque le pessaire n'est pas toléré ou qu'il a tendance à provoquer des contractions, il est parfois nécessaire d'ordonner le repos au lit ou sur la chaise-longue en défendant tout effort. Aussi conseillera-t-on un laxatif tous les soirs et un lavement huileux chaque matin.

Appelé auprès d'une femme enceinte ayant un utérus prolabé, le premier soin sera de conseiller le repos absolu au lit en élevant les pieds du lit. Si la réduction ne se produit pas spontanément au bout de quelques jours, il faudra recourir à la réduction manuelle.

La femme, dont le rectum et la vessie devront être vides, sera placée en position obstétricale et de préférence en position de Trendelenburg; la main refoulera avec beaucoup de douceur l'utérus en agissant de préférence sur les culs-de-sac vaginaux. En cas d'insuccès, on devra tenter un ou deux jours plus tard la même manœuvre en recourant à l'anesthésie chloroformique. La réduction obtenue, on pratique une injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'une solution de morphine à 1 p. 100, et on maintient la femme au lit en veillant au fonctionnement régulier de l'intestin qu'on facilite par des laxatifs et des lavements.

Le prolapsus, constaté après le cinquième mois, est parfois irréductible. Si les tentatives de réduction pratiquées à plusieurs reprises échouent, il faudra maintenir la femme au repos absolu au lit et soutenir et préserver l'utérus à l'aide d'un gros tampon d'ouate et d'un bandage en T.

Lorsqu'il existe des ulcérations ou de l'œdème au niveau du col, il faut appliquer des compresses humides et au besoin faire quelques attouchements à la teinture d'iode.

Pendant le travail, on évitera les efforts de la période d'expulsion en donnant du chloroforme et en terminant artificiellement l'accouchement. Au cours des manœuvres extractives, il est nécessaire de faire retenir l'utérus par un aide, car il se laisserait entraîner facilement au dehors.

Les lésions cervicales, qui mettent obstacle à la dilatation, seront traitées par des injections chaudes et par l'introduction d'un ballon [voir COL (dystocie du)]; celui-ci serait cependant contre-indiqué, s'il y avait rigidité scléreuse, dans la crainte de la rupture utérine. L'intervention de choix dans ce cas est l'opération césarienne.

Lorsque l'accouchement a été terminé par les voies naturelles, on surveillera avec soin la régression de l'utérus et, dès le huitième jour, on pratiquera un tamponnement du vagin qu'on renouvellera quotidiennement après avoir fait une grande irrigation vaginale à 50°. Pendant cette période, on veillera également au fonctionnement régulier de l'in-

testin, on interdira tout effort et tout mouvement et on prolongera le séjour au lit pendant quatre semaines. Le vingtième jour des suites de couches, le tamponnement sera remplacé par un pessaire de Dumontpallier et les injections chaudes, 48 à 50°, seront pratiquées trois fois par jour.

Une opération plastique radicale peut être pratiquée dans le courant de la quatrième semaine, mais il est préférable d'attendre la terminaison du retour de couches. La femme continuera à porter son pessaire jusqu'au moment de l'intervention, ensuite il sera prudent d'exiger une ceinture abdominale pour bien maintenir la paroi.

PRURIT VULVAIRE

Le prurit vulvaire est une complication relativement fréquente chez la femme enceinte, complication parfois assez grave, lorsqu'elle se présente sous forme de démangeaisons intenses et continues. Il n'est pas rare dans ces conditions de constater une perte absolue de repos et même de sommeil et une irritabilité nerveuse très accusée.

Jusqu'ici on a considéré le prurit vulvaire comme étant le plus souvent sous la dépendance d'une irritation locale : écoulement leucorrhéique ou blennorragique, malpropreté, présence de parasites, etc.

Lorsque l'examen génital ne révèle ni écoulement, ni lésion inflammatoire, on le décrit sous le nom de prurit essentiel et on invoque pour l'expliquer une tare névropathique du sujet, un mauvais fonctionnement cutané ou une insuffisance hépatique.

Nous ne nions pas que dans certains cas ce prurit ne soit déterminé par des écoulements vulvo-vaginaux, mais il existe une cause qui est passée sous silence par la plupart des auteurs, c'est la *présence de sucre dans les urines*.

La glucosurie gravidique, que nous avons étudiée dans un chapitre spécial, est fréquente, et nous l'avons constatée

chez toutes les femmes enceintes, accusant des démangeaisons dans la région génitale.

Aussi en pratique doit-on toujours rechercher la glucosurie chez les femmes enceintes, qui se plaignent de démangeaisons au niveau de la vulve et de la face interne des cuisses, et les soumettre à une thérapeutique générale et locale.

Traitement. — Il faudra supprimer de leur régime le sucre et les mets sucrés, les fruits, les féculents, excepté les pommes de terre, le pain et les boissons alcooliques. L'eau de Vichy sera prescrite comme boisson.

Localement, on ordonnera des lotions chaudes quatre fois par jour avec :

Hydrate de chloral.	10 grammes.
Eau distillée	100 —

ou avec de l'eau blanche ou encore avec de l'eau de laurier cerise coupée de son volume d'eau et on fera appliquer ensuite une légère couche de la pommade suivante :

Ichtyol	10 grammes.
Axonge benzoïnée	50 —

ou

Oxyde de zinc	} ââ 8 grammes.
Talc	
Sapolan blanc	30 —

qu'on remplacera après plusieurs jours par la poudre:

Oxyde de zinc.	15 grammes.
Bismuth	20 —
Poudre de talc	100 —

S'il existe de la leucorrhée, on prescrira des injections matin et soir avec deux litres d'eau bouillie tiède, dans laquelle on mettra :

Borate de soude. . . . . 20 grammes.

et

Levure de bière fraîche . . . . 10 grammes.

Il faudra avoir la précaution d'employer pour cet usage

une canule à plusieurs trous, sans trou médian, et de placer le laveur à un niveau peu élevé, 30 centimètres environ au-dessus du plan du lit.

PSYCHOSES PUERPÉRALES

Par psychoses puerpérales il faut entendre les différentes psychoses qui surviennent au cours et à propos de la puerpéralité : grossesse, accouchement, suites de couches et allaitement.

Il est exceptionnel que les causes habituellement invoquées, comme la fatigue, une intoxication ou une infection, soient suffisantes pour déterminer l'éclosion des troubles mentaux chez la femme en état de puerpéralité, un terrain prédisposé est également et avant tout nécessaire.

Ces accidents surviennent le plus souvent lentement ; dans certains cas cependant ils éclatent brusquement ; c'est habituellement dans la seconde moitié de la grossesse ou pendant le travail qu'ils font leur apparition ; il est plus rare de les voir survenir au début de la gravidité et après l'accouchement.

Comme tous les délires d'origine toxique, les psychoses puerpérales ne se manifestent pas toujours sous la même forme et ne présentent pas la même évolution. Le terrain d'une part, la nature du poison d'autre part ont sans aucun doute une grosse influence sur l'aspect clinique de l'affection.

Tantôt il ne s'agit que de simples troubles psychiques, agitation, dépression, impulsion ; c'est dans cette dernière catégorie qu'il faut ranger la kleptomanie, les envies, le mysticisme, l'érotisme ; tantôt au contraire ce sont de véritables troubles mentaux.

Ces derniers ont été classés par les psychiâtres sous trois étiquettes : la manie, la confusion mentale hallucinatoire et la mélancolie.

La manie s'accompagne plus ou moins rapidement d'hallucinations et d'impulsion ; elle se termine habituellement par la mort, elle aboutit parfois à la démence.

La confusion mentale hallucinatoire débute d'ordinaire par des hallucinations terrifiantes auxquelles succède un délire plus ou moins aigu, véritable folie furieuse, ou au contraire la confusion mentale proprement dite.

Quant à la mélancolie, dont l'évolution est plus lente, elle se termine souvent par le suicide ou un infanticide.

D'une façon générale, il est difficile de fixer la marche et la terminaison de ces différents types de psychoses puerpérales, elles dépendent surtout du terrain sur lequel elles évoluent et de leur époque d'apparition. Plus elles apparaissent tôt pendant la grossesse, plus elles sont graves. La mort du fœtus et l'accouchement ont parfois une action bienfaisante et sont le point de départ de la guérison.

Traitement. — Au point de vue prophylactique, il faudra chez les femmes ayant une hérédité nerveuse prescrire le calme et un régime sévère dans le but d'éviter l'auto-intoxication.

I. *Psychoses gravidiques.* — Pour qu'une psychose apparaisse pendant la grossesse, il faut deux facteurs : 1° un terrain prédisposé par hérédité ou par tempérament névropathique ; 2° une cause déterminante ; celle-ci est très variable. Tantôt ce sont la dépression morale de la femme qui se voit enceinte, la misère, la situation dans laquelle va la mettre la naissance d'un enfant, etc. Sur cette cause nous n'avons guère de prise, c'est une thérapeutique sociale qu'il faudrait instituer, elle est entre les mains de la société. Tantôt la cause déterminante est due à l'auto-intoxication gravidique. Sur celle-ci nous pouvons agir au point de vue prophylactique comme au point de vue curatif.

Au point de vue prophylactique, on doit établir un régime et une hygiène sévères : l'alimentation doit être réglée de telle façon que la femme n'introduise dans son tube digestif que le minimum de toxines ; le bon fonctionnement de

l'intestin sera surveillé pour ne pas permettre de stase et par conséquent de résorption toxique (voir GROSSESSE, *Hygiène*).

Dès que les premières manifestations psychopathiques apparaîtront, il faudra appliquer dans toute sa rigueur le traitement de l'*auto-intoxication gravidique* (voir ce mot) ; si les symptômes s'accusent, il ne faut pas hésiter à recourir à l'isolement dans une maison de santé.

Le traitement moral reposera sur le repos mental absolu, la suggestion, l'hygiène, le relèvement moral et la rééducation psychique.

Dans la manie aiguë, on cherchera à calmer l'excitation par le chloral donné à la dose de 4 à 16 grammes soit par la voie buccale, soit par la voie rectale. On peut s'adresser à d'autres agents sédatifs : bromure de potassium, sulfonal, morphine.

II. *Psychoses du post-partum.* — Les psychopathies qui surviennent après l'accouchement sont presque toujours déterminées par une infection ayant son point de départ dans la zone génitale.

On devra donc faire un examen attentif de tous les organes génitaux : vulve, vagin, col et utérus, et, suivant ce qu'on aura découvert, appliquer un traitement convenable : pansements locaux, injections vaginales, intra-utérines, curage digital, écouvillonnage, curettage, glace sur l'abdomen, etc.

On luttera contre l'excitation cérébrale par le chloral, et on prescrira le régime lacté ; on veillera à l'évacuation de l'intestin par des purgatifs salins et par de grands lavages et on combattra les accidents généraux par les injections sous-cutanées de sérum ou d'eau de mer et par le collargol en frictions ou en injections sous-cutanées.

III. *Psychoses de l'allaitement.* — Chez certains sujets, c'est au cours de la lactation qu'apparaissent les accidents psychopathiques. Une première indication se pose : la suppression de l'allaitement et l'enlèvement de l'enfant. La mère sera isolée et surveillée de très près, les seins seront

comprimés, le régime lacté sera institué pendant quelques jours et on cherchera à diminuer la tension sanguine par des diurétiques et des purgatifs salins.

PUTRÉFACTION FŒTALE

Un fœtus mort retenu dans la cavité utérine est à l'abri de l'infection tant que les membranes sont intactes ; mais que celles-ci viennent à se rompre largement ou même qu'une simple fissure se produise à leur niveau, et des accidents graves peuvent éclater très rapidement. Nous n'étudierons pour le moment qu'un de ceux-ci, le plus important à cause des troubles graves qu'il détermine dans l'organisme maternel et des difficultés qu'il peut engendrer au moment de l'accouchement, il s'agit de la *putréfaction fœtale.*

Cette grave complication ne se produit heureusement pas chaque fois qu'il y a rupture des membranes dans un œuf mort ; le plus souvent en effet le travail se déclare immédiatement et l'expulsion succède à la rupture. Le clinicien averti de la mort du fœtus sait également prévenir la putréfaction soit en faisant une antisepsie rigoureuse des voies génitales, soit en provoquant ou en activant ce travail, si celui-ci n'apparaît pas spontanément ou s'il traîne en longueur.

Les premières manifestations de la putréfaction éclatent d'ordinaire peu de temps après la rupture des membranes, cinq ou six heures ; elles se présentent en même temps du côté de l'état général et du côté de l'appareil génital.

Les signes généraux sont la fièvre, la température montant habituellement à 39 et 40°, l'accélération du pouls qui très vite atteint 120, 130, 140 pulsations, la sécheresse de la langue et de la peau ; le facies s'altère, les yeux s'excavent, de grands et longs frissons apparaissent, en un mot la femme, dans un espace de temps extrêmement court, prend l'aspect d'une malade profondément intoxiquée. On est rapidement frappé par une odeur fétide, véritable odeur de pu-

tréfaction cadavérique, perceptible à distance ; elle imprègne également les doigts qui pénètrent dans les voies génitales ou qui entrent seulement en contact avec le liquide grisâtre, de consistance sirupeuse, s'écoulant des organes génitaux. La vulve et le périnée, irrités par cette sanie, prennent une teinte rouge violacé et s'œdématient.

Quant à l'abdomen, il va subir des transformations surprenantes par leur rapidité ; d'abord sensible à la pression, il devient bientôt très douloureux et tendu ; puis il augmente brusquement de volume et donne à la main qui le palpe une sensation de crépitation toute particulière. La décomposition des tissus fœtaux dégage en effet des gaz, qui se rendent d'abord au niveau du fond de l'utérus, comme le démontre la percussion sonore dans cette région, c'est la *physométrie*.

Ces gaz paralysent le muscle utérin, qui se laisse distendre de plus en plus et qui peut aussi se laisser traverser, le tissu cellulaire sous-péritonéal est alors envahi par les formations gazeuses.

Au moment où l'on pratique le toucher, il n'est pas rare de constater la sortie bruyante de bulles d'odeur infecte. Quant à la partie fœtale, elle donne la sensation d'un corps tendu, lorsque c'est l'extrémité céphalique qui se présente ; elle peut alors en imposer pour une tête d'hydrocéphale à cause des dimensions considérables qu'elle a prises et de la crépitation osseuse qu'on détermine à son niveau.

Si la dilatation n'est pas complète, on constate que le segment inférieur a perdu sa consistance habituelle, il paraît épaissi et œdématié et il est le siège d'une rigidité spéciale qu'on peut avoir de la difficulté à vaincre lors de l'intervention. L'accouchement spontané est en effet impossible dans ce cas, l'utérus ayant perdu quelques-unes de ses propriétés, et en particulier la contractilité.

La situation est grave, car les signes d'infection généralisée ne tardent pas à se manifester ; souvent même ils continueront leur marche envahissante après l'évacuation de la

cavité utérine. C'est ainsi qu'on peut voir survenir, en dehors de la fièvre, des frissons, de la rapidité du pouls et d'un mauvais aspect général, des complications péritonéales, pulmonaires, cardiaques ou cutanées. Des zones de sphacèle plus ou moins étendues sont particulièrement fréquentes, bien qu'elles ne soient guère signalées dans les traités d'obstétrique.

Traitement. — Nous n'insisterons pas sur le traitement prophylactique déjà étudié à propos de la conduite à tenir dans la Mort du fœtus et dans la Rupture prématurée des membranes.

Quant au traitement curatif, il doit être mis en œuvre, dès que le diagnostic de putréfaction fœtale est posé. Il consiste : 1° à désinfecter soigneusement toutes les voies génitales au moyen d'injections antiseptiques : sublimé à 1 p. 2.000, permanganate de potasse à 1 p. 1.000, eau oxygénée à 12 volumes ; 2° à vider la vessie souvent parésiée et pouvant par conséquent renfermer une quantité plus ou moins grande d'urine ; 3° à placer la femme en position obstétricale en travers de son lit et à extraire le fœtus.

Si l'ouverture du col est insuffisante, on commencera par l'achever ou seulement par l'augmenter à l'aide de l'introduction d'un ballon de Champetier de Ribes, et, dès qu'on aura obtenu une dilatation suffisante pour passer la main et extraire le fœtus morcelé, on agira le plus vite possible, car le temps presse.

L'intervention peut être laborieuse et par cela même fort longue. Il ne faut pas oublier en effet que les tissus d'un fœtus putréfié sont devenus extrêmement friables et que, dans un grand nombre de cas, l'opérateur est obligé de l'extraire par morceaux.

Sur les fœtus se présentant par le sommet on appliquera le basiotribe : une fois le perforateur introduit, la première branche placée et le premier broiement effectué, on introduit la deuxième branche et on pratique rapidement le deuxième broiement, ce qui est facile à cause du peu de résistance de

la tête. Il n'est pas rare au cours de l'extraction de sentir l'instrument céder brusquement et sortir des organes génitaux en ne conservant entre ses branches que quelques débris osseux. Une deuxième introduction des branches seules de l'instrument devient nécessaire ; l'instrument idéal serait alors le cranioclaste qu'on n'a pas souvent dans sa trousse.

Il n'est pas rare de n'entraîner la tête fœtale que par morceaux. Une fois la tête extraite, on essaie l'extraction du reste du fœtus en exerçant des tractions sur les deux bras successivement abaissés. S'ils cèdent, on fait une application des deux branches du basiotribe sur le tronc ; la main servira à vider la cavité utérine des différents débris qui peuvent y être retenus.

C'est à ce même mode opératoire, la basiotripsie, qu'on recourt dans la présentation de l'extrémité podalique, on applique d'abord l'instrument sur le siège d'une région iliaque à l'autre et ensuite sur la tête dernière.

L'embryotomie sera l'opération de choix dans la présentation de l'épaule, suivie, si c'est nécessaire, de la saisie et de l'extraction de la tête au moyen du basiotribe.

Chaque fois que l'abdomen fœtal, distendu à la façon d'une outre gonflée, sera un obstacle à la sortie du fœtus, il ne faudra pas hésiter à le ponctionner pour le vider des gaz qu'il renferme.

Le fœtus extrait, il faut faire aussitôt une irrigation de plusieurs litres de liquide antiseptique chaud dans la cavité de l'œuf, irrigation qu'on renouvelle après la délivrance, que celle-ci soit normale ou artificielle, mais alors il faudra employer un antiseptique non toxique et non gazeux. On n'utilisera donc ni solution renfermant du mercure ou de l'acide phénique, ni eau oxygénée, car l'utérus, paralysé dans la plupart des cas, est bien disposé pour absorber par ses sinus béants les liquides en contact avec sa surface interne.

Cette paresse du muscle utérin est du reste une indication fréquente de délivrance artificielle, soit que le placenta ne ne se décolle pas et qu'on soit obligé d'aller le chercher pour

ne pas le laisser trop longtemps dans un milieu aussi infecté, soit qu'un décollement partiel du placenta donne naissance à une hémorragie grave. L'inertie utérine est encore à redouter après la délivrance, aussi les hémorragies sont-elles également à craindre pendant cette période et la femme ne doit pas être abandonnée trop tôt. On luttera contre cette inertie par des injections intra-cervicales et même intra-utérines chaudes, 48 à 50°, (température constatée au thermomètre) ; en désespoir de cause on pourra dans ces cas employer les injections sous-cutanées d'ergotine, après s'être assuré qu'il ne reste rien dans la cavité utérine.

Il est prudent de recourir aux injections hypodermiques de sérum anti-streptococcique, 60 centimètres cubes la première journée et 40 centimètres cubes les jours suivants, jusqu'à ce que la température soit redescendue à la normale. On s'adressera également aux injections sous-cutanées de sérum artificiel et aux grands lavages intra-utérins pendant toute la durée des suites de couches fébriles. L'état général sera traité par des boissons alcooliques et cordiales et par des injections sous-cutanées d'huile camphrée ; l'intestin devra être évacué régulièrement et les fonctions rénales seront surveillées avec soin.

Dans certains cas il y a avantage à renoncer à l'accouchement par les voies naturelles, ce sont ceux où il existe un obstacle à la dilatation : rigidité, cancer, infiltration du col ou encore état général grave, organisme profondément infecté. Dans ces conditions une seule intervention s'impose : l'*hystérectomie* abdominale totale ou l'opération de Porro. Il faut alors prendre certaines précautions au cours de l'opération : l'utérus gravide tout entier devra en effet être énucléé de la cavité abdominale et celle-ci devra être protégée par de nombreuses compresses avant de pratiquer l'incision du muscle utérin et l'extraction du fœtus et de ses annexes. Il y avantage, chaque fois que cela est possible, à enlever l'utérus sans l'ouvrir.

Enfin l'hystérectomie totale est parfois indiquée pendant

les suites de couches, lorsque la fièvre ne cède pas à une thérapeutique locale et que l'utérus est le siège d'une suppuration abondante.

PYÉLONÉPHRITE GRAVIDIQUE

La pyélo-néphrite est une complication assez fréquente de la gravidité, elle se rencontre de préférence chez les femmes jeunes et, en particulier, chez les primipares ; elle est presque toujours localisée au système réno-pyélo-uretéral *droit* ; mais elle est quelquefois double. Elle apparaît ordinairement vers le cinquième ou le sixième mois de la grossesse. Dans certains cas elle s'installe insidieusement et peut passer inaperçue, surtout si l'on ne prend pas soin d'examiner régulièrement les urines ; le plus souvent, elle débute soit par des phénomènes généraux, soit par des signes locaux, soit par les deux à la fois,

Lorsque les phénomènes généraux ouvrent la marche ou lorsqu'ils tiennent la place la plus grande au point de masquer les signes locaux, qui doivent être recherchés avec soin et avec méthode, le diagnostic est difficile ; cela tient presque toujours à ce qu'on ne pense pas à la pyélo-néphrite.

La femme est prise brusquement de frissons plus ou moins intenses avec claquements de dents, le thermomètre monte à 39°, le pouls est rapide, les pulsations atteignent ou dépassent 120, l'abattement et la courbature sont très accentués, la langue est sale, l'appétit est nul, les vomissements accompagnent fréquemment un état nauséeux très pénible, le fonctionnement intestinal est troublé souvent depuis plusieurs jours, tantôt sous forme de diarrhée, tantôt et le plus souvent sous forme de constipation. Ce tableau clinique n'a rien de particulier à l'affection que nous étudions, c'est celui de toute maladie infectieuse. Aussi ne faut-il pas se presser de porter un diagnostic d'*embarras gastrique fébrile*, de *fièvre typhoïde*, d'*accidents stercorémi-*

ques dus à la constipation, de *grippe*, et même de *fièvre de grossesse*, et doit-on, chez toute femme enceinte, faire une exploration méthodique de la cavité abdominale et un examen attentif des urines.

Dans la plupart des cas aux signes généraux sont associés des symptômes locaux qui permettent de préciser le diagnostic.

La *région lombaire droite* est le siège d'une *douleur*, que la malade accuse le plus souvent spontanément. Tantôt c'est une douleur extrêmement aiguë, qui tient la femme immobile et couchée sur le côté gauche, tantôt c'est un simple point de côté persistant, mais plus accusé sous l'influence d'une pression locale ou d'un mouvement. La douleur ne reste pas localisée à la région lombaire, elle irradie vers le pli de l'aine, vers la cuisse et même vers la vessie ; elle se généralise quelquefois à tout l'abdomen et s'accompagne de ballonnement du ventre. Il n'est pas rare de constater de véritables crises douloureuses, ces exacerbations pouvant être ou spontanées ou provoquées par un déplacement.

L'inspection de la région ne fournit en général aucun renseignement, bien que, dans certains cas, on ait signalé une augmentation de volume à ce niveau. La *palpation*, au contraire, est un précieux auxiliaire, elle est d'autant plus difficile à bien pratiquer que la grossesse est plus rapprochée du terme. Pour faire avec fruit le palper bi-manuel, préconisé par Guyon, la femme doit être dans le décubitus dorsal, à plat sur un lit un peu résistant, les jambes fléchies et la bouche ouverte. Il donne plusieurs renseignements : 1° il détermine de la *douleur*, aussi constate-t-on aussitôt de la défense des muscles de la paroi abdominale ; 2° il permet de sentir un empâtement de la région rénale et, quelquefois même, l'augmentation de volume du rein.

L'exploration par le palper du flanc droit et du trajet de l'uretère provoque également de la douleur. Enfin, il est un signe d'une grande importance clinique que révèle le *toucher vaginal* : l'index, introduit dans le cul-de-sac antérieur

du vagin, détermine au niveau de la terminaison de l'uretère du côté malade un *point très douloureux ;* la pression exercée à ce niveau produit un mouvement de recul de la femme accompagné souvent d'une plainte.

Ces différentes constatations physiques : douleur dans la région rénale et sur tout le trajet de l'uretère, marche descendante de la douleur, empâtement lombaire, ont une grande importance, car elles permettent de localiser l'affection dans le système réno-uretéral et d'éliminer le *lumbago,* la *colique hépatique*, la *colique intestinale*, l'*appendicite,* la *salpingo-ovarite*, les *contractions douloureuses de l'utérus,* etc.

C'est un grand pas de fait dans la voie du diagnostic, mais, pour éliminer le *phlegmon péri-néphrétique* et surtout la *colique néphrétique*, il nous faut INTERROGER LES URINES.

Celles-ci sont à peu près normales comme quantité, bien que les mictions soient plus fréquentes, surtout la nuit ; dans certains cas à une diminution fait suite une augmentation, véritable débâcle. Elles sont *uniformément troubles*, d'apparence laiteuse ou de couleur foncée ; elles présentent parfois une teinte rougeâtre et sanguinolente, et même une odeur fétide et repoussante.

Lorsqu'on les examine en faisant uriner la malade dans trois verres, on constate que le trouble persiste du commencement à la fin de la miction. Le repos dans un bocal permet au pus de se déposer dans le fond en formant une couche variable comme épaisseur. La présence du pus dans l'urine est reconnue *cliniquement* par un des procédés suivants : on verse le long de la paroi du verre qui renferme l'urine une petite quantité d'ammoniaque et on agite ; le pus se gonfle et prend une consistance de gelée visqueuse adhérant fortement à l'agitateur et aux parois du vase. Dans les cas où les leucocytes sont en petit nombre, d'après J. Muller, on additionne 5 centimètres cubes d'urine placée dans un tube à essai de *quelques gouttes seulement* d'une solution de potasse ou de soude. On agite après l'introduction de chaque

goutte et on laisse le tube droit et immobile. On remarque alors que les bulles d'air restent emprisonnées dans la colonne liquide, rendue visqueuse par la dissolution des leucocytes. Si le praticien dispose d'un microscope, il pourra constater que ces urines renferment de nombreux leucocytes ainsi que des globules rouges, des débris épithéliaux, des cylindres et des granulations graisseuses.

L'examen chimique révèle la présence d'albumine et une diminution de l'urée, de l'acide urique et des phosphates.

Dans les cas où la *pyurie* est le seul symptôme apparent, il est nécessaire de rechercher l'origine du pus. Les urines ne devront être recueillies qu'après une toilette vulvaire et une injection vaginale ; on évitera ainsi le mélange à l'urine des liquides venant des voies génitales ; en cas de doute, il faudrait avoir recours au cathétérisme. Ayant reconnu l'*origine urinaire* du pus, on pense alors à la cause la plus fréquente, la *cystite ;* mais, dans ce cas, les mictions sont encore plus nombreuses et, de plus, elles sont douloureuses. La pyurie est surtout accentuée au commencement et à la fin de la miction (procédé des trois verres). La pression sur la région hypogastrique détermine de la douleur et enfin la vessie ne peut pas supporter une injection de 100 à 200 grammes de liquide.

Nous laisserons de côté les procédés qui ont pour but de préciser le côté malade, comme le cathétérisme des uretères et la séparation des urines des deux reins. Ces procédés nécessitent une instrumentation et une technique qui ne sont pas à la portée de tous ; ils sont cependant très utiles dans les cas où il est nécessaire d'éclairer un diagnostic hésitant.

Traitement. — La malade sera soumise au régime lacté absolu ou au régime lacto-végétarien. Pour augmenter la filtration urinaire, on ordonnera à la malade de boire soit avec son lait, soit pure, une eau alcaline faiblement minéralisée et additionnée de lactose (40 grammes par bouteille), eau d'Evian, de Thonon, de Vittel ou d'Alet.

Elle devra prendre dans la journée deux ou trois cachets de :

Urotropine . . . . 0,50 centigr.
Pour un cachet.

L'intestin sera évacué tous les jours au moyen de laxatifs :

Cascara sagrada . . . . 0,50 centigr.
Pour un cachet

à prendre le soir avant de s'endormir. Si c'est nécessaire, on ordonnera des grands lavements.

Lorsque les accidents sont aigus, la femme doit rester au lit en se couchant de préférence du côté sain pour dégager le système réno-uretéral malade.

Si le repos horizontal ne calme pas la douleur, on recourra aux grands bains chauds (37°) et prolongés (trois quarts d'heure) et aux révulsifs sur la région lombaire : compresses humides et chaudes recouvertes d'un taffetas chiffon, cataplasmes sinapisés, ventouses sèches ou scarifiées, vessie de glace maintenue dans une ceinture de flanelle.

En cas de douleurs excessives, il faut commencer par soulager la malade en pratiquant une injection sous-cutanée de morphine, d'héroïne ou de pantopon. Ces agents thérapeutiques ont comme avantage non seulement de calmer l'élément douleur, mais encore d'éviter l'apparition des contractions utérines, qui détermineraient un avortement ou un accouchement prématuré.

Le traitement local des voies urinaires est souvent nécessaire ; on commencera par des injections vésicales de 250 ou 300 grammes d'eau bouillie froide qu'on répétera pendant plusieurs jours de suite. En cas d'insuccès et d'aggravation de l'état général, il faudrait tenter le cathétérisme de l'uretère suivi du lavage du bassinet qui a donné à Marion d'excellents résultats. Malheureusement, cette méthode thérapeutique n'est pas à la portée de tous, elle exige une instrumentation et des connaissances techniques spéciales et elle

n'est pas toujours praticable par suite de la compression de l'uretère par la tête fœtale engagée.

En présence d'accidents graves mettant la vie de la mère en danger, nous n'avons plus à notre disposition que l'*évacuation provoquée de l'utérus*; celle-ci équivaut à faire le sacrifice de l'enfant. Si l'on veut sauvegarder celui-ci, l'intervention de choix est la *néphrotomie*, mais cette opération n'est pas à la portée de tous les praticiens comme l'accouchement prématuré.

Lorsqu'on a attendu trop longtemps ou lorsque l'affection s'est développée au niveau d'un rein déjà malade, l'état de cet organe nécessite parfois son enlèvement, la néphrotomie cède alors le pas à la néphrectomie.

RACHITISME (BASSINS VICIÉS PAR)

Dans ce chapitre nous nous attacherons exclusivement à développer les considérations pratiques auxquelles donnent lieu les déformations rachitiques du bassin.

Chez les multipares l'interrogatoire peut mettre en éveil l'attention par la mention d'une série d'accouchements plus ou moins dystociques et, dans ce cas, il est intéressant de scruter en détail l'histoire des grossesses et des accouchements antérieurs tant au point de vue du diagnostic que du pronostic. Chez l'une, la fréquence des présentations anormales ou la longue durée du travail fera penser à l'existence d'un rétrécissement modéré du bassin ; chez l'autre, la répétition de la mortalité infantile au cours du travail, la fréquence des interventions viendront mettre en garde contre une angustie pelvienne accentuée. Mais tous ces renseignements ne nous apprennent que peu de chose sur la nature du rétrécissement, ils signifient qu'un obstacle à l'accouchement existe, ils ne permettent pas de déterminer la nature de cet obstacle. Aussi sans négliger en aucun cas de tirer de l'anamnèse tout ce qu'elle peut donner, c'est surtout de

l'observation même de la patiente qu'il faut attendre des résultats positifs.

L'inspection permet de dépister le rachitisme dans la majorité des cas : « l'air de famille » des rachitiques est bien connu, leur taille petite, leurs bosses frontales et leurs pommettes saillantes, leur nez camard, leurs mâchoires prognathes aux dents cariées, jaunes, irrégulières, striées ou cannelées, tout cela est banal. Dans les cas types, ceux qui sautent aux yeux, on rencontre en outre des déformations sternales et costales et de grosses déviations des membres inférieurs.

Mais parfois le rachitisme se cache sous des apparences de vigueur et même de beauté corporelle et il importe de le dépister. Il est exceptionnel qu'il n'ait pas laissé une trace sur les membres inférieurs, sur le fémur notamment ; cet os normalement incurvé et convexe en avant, a une convexité plus accusée ; l'os est tangible directement presque sous la peau, il soulève les muscles qui de ce fait paraissent amincis.

Enfin il peut exister des viciations rachitiques du bassin très accentuées sans aucun stigmate apparent sur le reste du squelette. C'est là une exception assez rare.

Nous verrons tout à l'heure les résultats fournis par le palper. Occupons-nous d'abord du toucher.

Chez une femme normale il est impossible avec l'index introduit dans le vagin d'atteindre l'angle sacro-vertébral, le promontoire.

En l'absence de rachitisme et de toute viciation pelvienne, il faut savoir que le promontoire devient accessible chez les femmes dont la résistance périnéale a disparu par déchirure non restaurée ou par multiparité.

La recherche de l'angle sacro-vertébral est simple pour un doigt exercé, mais elle peut, pour celui qui ne l'est pas, présenter des difficultés qu'on doit surmonter.

L'attitude de la femme n'est pas indifférente : autant que possible il faut la faire reposer sur un plan relativement ré-

sistant dans le décubitus horizontal complet, sauf un coussin très plat sous la tête. L'exploration est facilitée par l'élévation du pubis, la malade peut réaliser elle-même cette position en plaçant ses poings fermés sous ses ischions, attitude qui a en outre l'avantage d'empêcher les gestes de défense, fort gênants parfois, des membres supérieurs. Les cuisses sont mises en flexion et en abduction modérée. Si l'on a les doigts longs, il vaut mieux toucher avec l'index seul, le toucher est de cette façon beaucoup mieux supporté. Quand les doigts sont courts, il sera plus facile de pratiquer le toucher avec l'index et le médius accolés.

On a en général une tendance à rechercher le promontoire plus bas qu'il n'est situé en réalité ; aussi pour forcer les doigts à se diriger dans la bonne direction et en même temps pour faciliter leur pénétration dans l'axe du vagin, est-il utile et même nécessaire que le coude touche le plan du lit.

La recherche de l'angle sacro-vertébral doit se faire méthodiquement, d'abord de bas en haut, puis de haut en bas. Dans la première phase, on suit la face antérieure du sacrum ; entre celle-ci et le vagin est le rectum, renfermant souvent chez les femmes enceintes des matières fécales assez dures pour qu'un doigt novice puisse les prendre pour une surface osseuse. Même quand elles sont très dures, elles sont un peu pâteuses et en outre mobilisables de haut en bas par expression ou latéralement avec le rectum ; ce sont là deux moyens d'éviter une erreur plus commune qu'on pourrait le supposer.

En suivant la face antérieure du sacrum normal on atteint la 4e, puis la 3e vertèbre sacrée, mais habituellement à partir de ce point les doigts perdent le contact. Il peut en être ainsi dans les bassins même fortement viciés, lorsque la concavité du sacrum est normale ou exagérée ; il est donc nécessaire de remonter peu à peu plus haut en se tenant exactement sur la ligne médiane et alors, si le bassin est aplati, on ne tardera pas à buter contre une saillie osseuse qui peut être ou non le promontoire véritable.

Pour reconnaître ce dernier, il suffit de se rappeler qu'à droite et à gauche de lui se trouvent les ailerons du sacrum formant une large gouttière dans le sens horizontal et un angle dièdre très mousse dans le sens vertical. Le faux promontoire lombaire n'a que des masses molles en dehors de lui. Le faux promontoire sacré est bordé par la face antérieure du sacrum et en dehors par les trous sacrés, régions qui se distinguent parfaitement des ailerons.

Renseignements donnés par le toucher dans le bassin rachitique. — Ces renseignements sont de deux ordres : topographiques et pelvimétriques. Les premiers nous amènent à résumer les caractères des bassins rachitiques.

Ces bassins peuvent se diviser en deux grands groupes : 1° ceux où la déformation résulte de la malléabilité qu'a présentée le squelette à l'époque du développement : ce sont les *bassins aplatis* ; 2° ceux où la malléabilité excessive n'a joué qu'un rôle secondaire, le rachitisme ayant eu surtout une action dystrophique sur le pelvis qui a gardé des dimensions infantiles ; ce sont les *bassins généralement rétrécis* Ceux-ci sont plus rares, mais aussi plus dangereux que les premiers, car ils sont étroits dans tous leurs diamètres et souvent dans toute leur hauteur, tandis que les bassins uniquement aplatis ne sont rétrécis que dans leurs diamètres antéro-postérieurs, le diamètre transverse étant au contraire agrandi à la manière d'un anneau élastique qui, aplati dans un de ses diamètres, s'allonge dans le diamètre perpendiculaire.

Le premier groupe, celui des bassins aplatis, se subdivise en deux classes : les bassins *annelés*, dans lesquels le détroit supérieur seul est rétréci, et les bassins *canaliculés* dans lesquels le sacrum est plat et souvent hérissé de faux promontoires ; ces bassins présentent par conséquent une série de rétrécissements superposés, étagés dans toute la hauteur de l'excavation.

Signalons enfin dans certains bassins rachitiques les saillies anormales constituées par les épines sciatiques et

dans d'autres la transformation des tubercules osseux normaux en saillies aiguës capables au moment de l'accouchement de léser gravement soit le fœtus, soit les parties molles de la mère (bassins à épines).

Il résulte de cette description volontairement sommaire que si la recherche du promontoire par le toucher vaginal constitue en quelque sorte le premier temps de la recherche du rachitisme pelvien, elle ne saurait en aucun cas suffire à établir un diagnostic complet, car il faut encore explorer le reste du détroit supérieur et le petit bassin en totalité.

Au détroit supérieur il faut rechercher si tout le contour de cet orifice est ou non accessible à l'index ; est-il accessible, le rétrécissement est probablement généralisé et d'autant plus que l'exploration est plus facile. L'appréciation du rayon de courbure du détroit supérieur en suivant l'arc antérieur du bassin est délicate, mais précieuse pour confirmer ce diagnostic. Dans un bassin généralement rétréci la courbure est comparable à celle du bord d'une tasse à thé ; dans un bassin aplati, elle correspond à peu près au contour d'une assiette ordinaire, tandis que dans le bassin normal le contour est celui d'une soucoupe.

Après le détroit supérieur, il faut parcourir les parois de l'excavation, surtout l'antérieure et la postérieure, explorer les épines sciatiques et terminer par l'examen du contour du détroit inférieur, moins touché habituellement que les régions précédentes.

La pelvimétrie peut suivre ou précéder l'exploration topographique, à moins de circonstances spéciales elle ne comporte guère que la mensuration du diamètre promonto-sous-pubien. Elle se fait avec le doigt à l'exclusion de tout instrument, sa précision est très suffisante en pratique. Voici comment on doit l'exécuter : Il faut (la femme étant mise dans la position indiquée plus haut) placer l'extrémité de la pulpe de l'index en contact avec le point le plus saillant du promontoire, puis, sans quitter ce point, on relève progressivement la racine du doigt jusqu'à ce que son

bord radial prenne contact avec le bord inférieur de la symphyse pubienne ou plutôt avec le ligament arqué, qui la double, et se trouve arrêté par lui. Il ne reste plus qu'à repérer avec l'ongle de l'index de l'autre main le point où le ligament arqué est en contact avec le bord du doigt. On retire ensuite du vagin le doigt explorateur accompagné de l'index opposé et on pratique à l'aide d'un simple ruban métrique ou d'une réglette la mensuration de la distance comprise entre le coup d'ongle et l'extrémité du doigt; cette longueur est à 2 ou 3 millimètres près celle du diamètre promonto-sous-pubien.

Actuellement les accoucheurs ne se préoccupent plus de savoir s'il y a lieu de faire telle ou telle déduction pour obtenir la valeur approximative du diamètre promonto-pubien minimum ou diamètre utile.

L'erreur commise peut être considérable et d'autre part on doit admettre que le facteur bassin ne représente qu'un élément du problème à résoudre. L'autre élément est la tête fœtale, dont les dimensions sont si variables.

On peut se borner à baser sur la seule dimension du promonto-sous-pubien une classification approximative que voici :

1° Bassin ayant un P. S. P. $>$ 10 centimètres ;

2° Bassin ayant un P. S. P. compris entre 10 et 9 centimètres ;

3° Bassin ayant un P. S. P. $<$ 9 centimètres.

Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic s'assombrit rapidement de la première catégorie à la troisième.

La première comporte un pourcentage élevé d'accouchements spontanés.

La deuxième donne à peu près 50 p. 100 d'accouchements spontanés.

Dans la troisième, l'accouchement spontané devient une exception rare.

Le toucher peut encore nous donner un renseignement des plus utiles, particulièrement au cours du travail : le de-

gré d'ossification de la tête fœtale appréciable par la largeur des fontanelles et des sutures et par la consistance des os eux-mêmes, qui sont parfois dépressibles avec crépitation parcheminée dans les têtes très molles.

Mais nous avons à côté du toucher un moyen d'exploration égal, sinon supérieur, c'est le palper mensurateur qui consiste à saisir la tête à travers la paroi abdominale en appliquant la pulpe des doigts respectivement sur le front et sur l'occiput. Par des pressions douces, mais soutenues, on dirige cette tête sur le détroit supérieur et on s'efforce de la faire entrer dans l'excavation. Au moment où on la sent arrêtée par l'orifice supérieur du bassin, on la confie à un aide qui doit la maintenir rigoureusement fixée ; si l'on est seul, on la fixe le mieux possible d'une seule main, et de l'autre on explore la région pariétale située au-dessus de la symphyse pubienne. Lorsque la bosse pariétale surplombe la symphyse, on peut s'attendre à un accouchement dystocique, les difficultés seront d'autant plus grandes que la saillie sera plus marquée. La bosse pariétale est-elle au contraire sur le même plan que la symphyse, on est en droit de porter un pronostic relativement favorable.

En somme, il ne faut pas se contenter de l'un seulement des modes d'exploration que nous avons indiqués, il faut les employer tous concurremment et superposer les résultats obtenus.

Les renseignements de la radiographie, quoique intéressants, ne sauraient être considérés actuellement comme vraiment pratiques et ne permettent pas de conseiller l'emploi de cette méthode dans tous les cas.

Traitement de la dystocie par rétrécissement rachitique du bassin. — Pour exposer utilement une question aussi complexe, il est nécessaire de la diviser en plusieurs paragraphes, correspondant autant que possible aux différentes éventualités de la pratique.

I. — La dystocie est prévue avant le travail.

La femme a été suivie pendant le cours de sa grossesse, elle a été minutieusement examinée, elle a au besoin fait l'objet d'une consultation avec un spécialiste. L'entourage doit être mis au courant des difficultés prévues et la gestante elle-même ne doit pas les ignorer. Il est certain d'autre part que la décision à prendre est subordonnée au consentement exprès de la femme et de son entourage ; il n'est au pouvoir d'aucun médecin de pratiquer sur une femme une opération césarienne ou une symphyséotomie sans le consentement formel de l'intéressée et (la jurisprudence tend à l'exiger) sans l'autorisation du mari.

Par contre, nul ne peut nous imposer de « sacrifier l'enfant pour sauver la mère » selon la phrase consacrée. Mais qu'on le veuille ou non, les procédés à notre disposition, en pareil cas, peuvent se réduire à deux :

Ceux où la vie et la santé de l'enfant sont sauvegardées au maximum ;

Ceux où la vie et la santé de l'enfant sont reléguées au second plan.

Les premiers sont des procédés de choix.

Les seconds ne doivent être que des procédés de nécessité.

Nous n'envisageons pas en ce moment la question du milieu, puisqu'il est entendu que nous avons du temps devant nous; nous pouvons par conséquent prévoir, suivant les conditions, l'accouchement à domicile, à la maison de santé ou à l'hôpital.

Ceci posé, deux éventualités peuvent se présenter :

a) La femme est primipare.

Reportons-nous à la classification donnée au diagnostic et basée sur les dimensions du diamètre promonto-sous-pubien.

1° P. S. P. = 10 centimètres au moins.

L'accouchement spontané étant possible, rejeter les grosses interventions, attendre le travail et ne terminer l'accou-

chement qu'après avoir longuement patienté, soit par une application haute de forceps, soit par une version si l'utérus n'est pas trop rétracté. La femme étant primipare, il y a lieu de déconseiller toute pubiotomie par crainte de délabrements graves des parties molles toutes les fois que le palper mensurateur aura montré la présence d'un gros enfant.

2° P. S. P. = 9 centimètres et au-dessous.

Il est infiniment probable que l'accouchement par les voies naturelles sera impossible à terme.

L'opération césarienne, pratiquée au début du travail ou le plus près possible du terme, est la seule intervention logique à proposer.

Si elle est refusée, on n'aura que la ressource de l'accouchement prématuré provoqué avec tous les aléas qu'il comporte aussi bien pour la mère que pour l'enfant, mais particulièrement pour ce dernier.

3° P. S. P. compris entre 9 et 10 centimètres.

C'est surtout dans cette catégorie que la décision à prendre est difficile. Il est certain que la possibilité de l'accouchement spontané existe encore, mais il sera sage de faire les plus expresses réserves et d'obtenir par avance le consentement à une opération césarienne. On y aura recours délibérément, si le palper mensurateur pratiqué à terme montre une disproportion flagrante entre la tête fœtale et le bassin.

Si la disproportion est minime, il faut attendre que le travail suive son cours, que la tête subisse les déformations plastiques lui permettant de passer à frottement ; s'il y a lieu, on fera une application de forceps pour l'entraîner au dehors, mais à la condition expresse qu'elle ait franchi le détroit supérieur, sinon il faudra avoir recours à la version.

Il ne serait pas illogique de créer par version externe une présentation du siège à la fin de la grossesse ou de la conserver, si elle existe, mais, en raison du peu d'extensibilité des parties molles, il faudrait faire alors une dilatation préalable du vagin et du périnée avec un gros ballon de Champetier n° 10 ou 9.

b) *La femme est multipare.* — Ici la décision à prendre est facilitée par l'histoire des accouchements antérieurs.

Si la femme a eu plusieurs grossesses avec accouchements spontanés, on est en droit de supposer (ce qui n'est pas toujours exact) que le résultat sera identique.

Si, au contraire, il y a eu une série d'accouchements très dystociques avec enfants morts au cours du travail ou dans les heures qui suivent, la gestante acceptera plus volontiers l'idée d'une intervention opératoire.

Entre ces deux extrêmes, on observe les cas intermédiaires avec accouchements longs, terminés par forceps ou par version avec plus ou moins de dommages pour la mère et pour les enfants.

Si la dystocie a été considérable, on aura le choix entre la césarienne ou un agrandissement du bassin.

Si la dystocie a été variable, on attendra le travail pour pratiquer, le cas échéant, une symphyséotomie ou une pubiotomie au moment opportun, c'est-à-dire à la dilatation complète. L'agrandissement du bassin reste souvent définitif et améliore le pronostic des accouchements ultérieurs.

II. — Le rétrécissement du bassin n'est constaté qu'au moment du travail

Si le travail est tout à fait au début, les conditions sont à peu près les mêmes que lorsque la femme est examinée au cours de sa grossesse ; mais ces conditions se transforment peu à peu à mesure que le temps s'écoule, et la rupture des membranes marque le moment où elles deviennent nettement défavorables.

a) *Avant la rupture des membranes.* — Le toucher et le palper mensurateur permettent de dire :

accouchement spontané probable, ou accouchement spontané possible, mais douteux, ou enfin accouchement spontané impossible.

Si l'accouchement est jugé impossible, il faut prendre rapidement le meilleur parti, à savoir l'opération césarienne; dans le cas où elle est refusée et où l'on pense que l'agrandissement du bassin sera suffisant, on proposera la symphyséotomie ou la pubiotomie. Si enfin ces opérations sont écartées, elles aussi, on aura soin de faire toutes les réserves et de provoquer autant que possible une consultation, si ce n'est déjà fait. En pareil cas, la violence et la prolongation infructueuse des douleurs, jointes au refus formel de broyer la tête du fœtus vivant, auront pour résultat habituel de faire réclamer l'opération d'abord refusée; malheureusement, les conditions se sont transformées et des éventualités nouvelles ont pu surgir, nous reviendrons plus loin sur ce point.

Tant que l'accouchement est probable, possible ou même seulement douteux, le plus sage est d'attendre la dilatation complète. A ce moment on rompt les membranes et on attend encore; si la tête s'immobilise au détroit supérieur, on aura la ressource d'agrandir le bassin. La notion de parité doit peser dans la décision à prendre, les pelvitomies étant fertiles en incidents chez les primipares. Quand la tête, immobilisée au détroit supérieur, ne déborde pas la symphyse pubienne, une application de forceps peut suffire à l'entraîner. Cette tentative, si elle est faite sans brutalité, peut donner des résultats satisfaisants, mais elle peut aussi avoir pour l'enfant des conséquences fatales ou tout au moins graves. La version est passible des mêmes critiques, peut-être un peu atténuées, mais il faut remarquer qu'elle n'est possible que très peu de temps après la rupture des membranes.

b) *Après la rupture des membranes.* — 1° Si la dilatation est complète ou le col complètement dilatable, on a le choix entre les pelvitomies, le forceps, exceptionnellement la version. L'opération césarienne passe alors au second plan, car elle comporte alors un pronostic beaucoup moins bon, pronostic d'autant plus mauvais que les membranes sont rompues depuis plus longtemps.

2° Si la dilatation est incomplète et le col non aisément dilatable, on se trouve dans les conditions les plus défavorables. La poche des eaux étant absente, la dilatation ne progresse plus ou même rétrocède : les bords de l'orifice vont s'infiltrer, cette infiltration gagnera le segment inférieur entraînant à la fois de la rigidité du col et une menace de rupture utérine.

En pareil cas, il faut rejeter délibérément toute tentative d'extraction forcée par les voies naturelles et recourir soit à la césarienne conservatrice tant que la malade n'est pas fébrile, soit à l'opération de Porro quand la parturiente a de la fièvre.

Les pelvitomies permettent parfois à la tête de descendre, d'appuyer sur l'orifice et de parfaire la dilatation, mais ce n'est souvent qu'après une prolongation dangereuse du travail. D'autre part, si après la pelvitomie on veut extraire rapidement le fœtus, il est nécessaire de dilater le col avant l'opération au moyen d'un ballon de Champetier, ce qui demande encore plusieurs heures et ce qui peut avoir pour conséquence un déplacement de la présentation.

Au cours de cet article nous avons toujours supposé l'enfant vivant. S'il est mort, la mère seule devient intéressante, le broiement du fœtus s'impose.

C'est intentionnellement que nous n'avons pas parlé de la césarienne extra-péritonéale qui est une opération difficile et non réalisable dans la pratique courante.

RADIOGRAPHIE

La radiographie est susceptible d'applications obstétricales intéressantes; elle est limitée actuellement à l'étude des viciations pelviennes et surtout de celles qui sont localisées au détroit supérieur, ce sont les plus fréquentes.

On a bien essayé de l'utiliser pour le diagnostic de la grossesse, de l'attitude du fœtus, de la gémellité, mais il ne

semble pas que jusqu'ici ces diverses applications soient entrées dans la pratique, il faudra probablement bien des perfectionnements avant que la radiographie puisse remplacer un palper bien fait et une auscultation attentive.

Par contre, quand il s'agit de reconnaître et même de mesurer un rétrécissement du bassin, d'apprécier son asymétrie, la radiographie pratiquée par des mains exercées peut donner de bons résultats et d'une précision bien supérieure à celle qu'on obtient par les procédés cliniques d'exploration pelvienne.

De semblables constatations ne peuvent être faites qu'en appliquant les méthodes de radiographie métrique. Si en effet on se borne à regarder le cliché pur et simple d'un bassin, les déformations résultant de la dispersion du faisceau de rayons X et de la position de l'ampoule ne peuvent qu'induire en erreur sur la forme véritable de ce bassin.

La radiographie ne peut donc être qu'un intermédiaire grâce auquel on pourra tracer, en corrigeant les déformations inévitables, un graphique exact représentant le diagramme du détroit supérieur en vraie grandeur.

Le cadre de cet ouvrage ne nous permet que d'indiquer sommairement le principe de la méthode sans entrer dans les détails techniques.

La radiographie doit être prise la patiente étant couchée sur le ventre, seul moyen d'avoir une image nette du promontoire; l'ampoule est placée à environ 50 centimètres au-dessus de la racine des cuisses. Pour que la radiographie soit métrique, on place la malade dans un cadre de bois pourvu sur chacun de ses côtés d'une lame de plomb dentelée comme une scie, la pointe de chaque dent étant à un centimètre de ses voisines.

Ce cadre est fixé de façon à être aussi exactement que possible dans le plan du détroit supérieur.

Quand le cliché est obtenu, il résulte de ce dispositif que le détroit supérieur apparaît encadré par quatre scies très nettement visibles. En réunissant par un trait au crayon les

dents correspondantes des scies opposées on obtient un quadrillage, les mailles déformées de ce dernier ne sont pas des carrés, mais des quadrilatères dont chaque côté correspond à 1 centimètre.

Pour transformer cette image déformée en une image correspondant à la réalité et en vraie grandeur, il suffit de « mettre au carré », c'est-à-dire de reporter carré par carré sur une feuille de papier quadrillée au centimètre le contour du détroit supérieur, opération élémentaire à la portée de tout le monde.

La configuration du détroit supérieur est reconstituée d'une façon absolument exacte, et, lorsque la méthode est correctement appliquée, les erreurs de mensuration ne dépasseraient pas 2 millimètres, approximation qu'aucun procédé clinique ne permet d'atteindre.

On voit par là que dans l'état actuel des choses, qui ne peut que se perfectionner, la radiographie est pour l'accoucheur un auxiliaire sinon indispensable, du moins fort utile.

Ce n'est pas encore une méthode d'application véritablement pratique, mais elle tendra à le devenir à mesure que la radiographie étendra son champ et ses moyens d'action.

RÉGIMES

Régime de la femme enceinte normale.

La femme, dont la grossesse se développe normalement, n'a pas de régime spécial à suivre. Son alimentation doit être variée, mais un certain nombre d'aliments lui seront interdits. Nous rangerons, dans les aliments défendus, en première ligne tous ceux qui contiennent des toxines.

Gibier et particulièrement toutes les viandes noires.

Conserves, c'est-à-dire pâtés, charcuterie, excepté le jambon.

Crustacés.

Champignons sous toutes les formes.

Seront également défendus, surtout pendant les derniers mois, les acides et tout ce qui détermine des fermentations acides : épices, condiments, oseille, tomates, salades, citrons et fruits acides, les graisses, les fromages forts, le cidre, le poiré, les boissons alcooliques, en un mot tous les aliments capables de déminéraliser l'organisme.

Seront spécialement conseillés :

Toutes les viandes grillées, rôties ou bouillies, et le jambon maigre;

Les poissons maigres;

Les légumes frais et secs et les pâtes;

Les œufs frais;

Les crèmes ;

Les fromages frais ;

Les bananes, marrons, figues sèches, noix.

Les eaux minérales bicarbonatées calciques.

La suralimentation doit être évitée et un espace de cinq heures est nécessaire entre chaque repas.

Régime de la femme qui a des vomissements ou d'autres manifestations peu accusées de l'auto-intoxication

Défendre les viandes rouges.

Permettre la viande blanche au repas de midi seulement.

Recommander particulièrement le régime lacto-végétarien.

Régime de la femme atteinte d'affections chroniques des reins ou du cœur.

Même régime que le précédent en supprimant le sel.

Régime de la femme atteinte d'albuminurie gravidique (50 centigrammes et au-dessus d'albumine par litre).

Régime lacté absolu, trois litres de lait par jour par tasses

à thé, chaque prise sera précédée d'un demi-verre à Bordeaux d'eau de Vichy.

Régime de la femme accouchée.

Le jour qui suit l'accouchement : alimentation liquide, lait, bouillon frais, bouillon de légumes, œufs frais.

Le lendemain de l'accouchement : viande blanche au repas de midi, légumes, entremets.

Ensuite alimentation normale dont on supprimera pendant le séjour à la chambre :

Le porc, l'oie, les ragoûts, le gibier, les asperges, les choux, les radis, les champignons, les oignons, l'ail ;

Les épices ;

Les fruits acides ;

Le café, les liqueurs.

Régime de la nourrice

Seront défendus le gibier, les asperges, les choux, l'ail et l'oignon, le café, l'alcool et toutes les boissons alcooliques.

On devra fixer la quantité de liquide que la nourrice pourra prendre dans sa journée : aux repas trois quarts de litre d'eau rougie ou de bière légère, et en dehors des repas un demi-litre de lait ou de tisane rafraîchissante.

RELÂCHEMENT DES SYMPHYSES

Cette affection peut se manifester pendant les derniers mois de la grossesse, mais c'est surtout après l'accouchement qu'on la rencontre. A ce moment les signes fonctionnels sont habituellement plus accusés, car le relâchement, qui avait débuté pendant la gestation, a pu être exagéré par le traumatisme de l'accouchement ; il s'est produit au cours de la période d'expulsion une véritable entorse des articu-

lations pelviennes et en particulier de la symphyse pubienne.

Chaque fois qu'une de vos clientes accouchée depuis quelques semaines éprouvera des difficultés soit pour se tenir debout, soit pour marcher, ne vous empressez pas d'affirmer que ces troubles sont passagers ou qu'ils sont dus à l'immobilité du post-partum. Pensez au relâchement des symphyses du bassin et recherchez les signes qui le caractérisent.

Tantôt, mais plus rarement, la marche est impossible, tantôt elle est seulement pénible, la femme se traîne en se dandinant, elle cherche un point d'appui sur les meubles environnants quand elle n'a pas recours au dos d'une chaise ou à deux cannes pour avancer. Trousseau, dans une de ses cliniques consacrée à cette affection, rapporte l'observation d'une femme restée impotente à la suite d'un accouchement ; cette impotence, qu'on avait mise sur le compte d'une maladie de la moelle, disparut dans le cabinet même de Trousseau grâce à l'application d'une serviette autour du bassin.

A l'examen de votre malade vous constaterez la démarche que nous avons déjà signalée, l'impossibilité de se tenir sur une seule jambe, et enfin le glissement alternatif des deux pubis l'un sur l'autre, lorsque vous aurez introduit un doigt dans le vagin, la pulpe appliquée sur la face postérieure de la symphyse, et que vous aurez commandé à votre patiente de marquer le pas.

Traitement. — En présence de cette impotence, quelle conduite tiendrez-vous ? Si l'accouchement est récent, de deux à quatre semaines, ordonnez de nouveau le repos dans le décubitus horizontal, surtout si vous constatez que l'utérus est encore gros, et prescrivez des injections chaudes, 45° environ, et des grands bains chauds prolongés. Il est possible que l'involution de toute la sphère génitale, dont les articulations du bassin font partie, soit retardée ; grâce à cette thérapeutique vous l'activerez.

Dans le cas, au contraire, où l'impotence date d'un accouchement déjà ancien, plus de six semaines, faites porter à la malade une ceinture en coutil confectionnée sur le modèle des ceintures de gymnastique dont on peut également se servir. Ayez la précaution de la faire capitonner surtout dans les régions où elle doit entrer en contact direct avec des saillies osseuses, crêtes iliaques et grands trochanters. En même temps ayez recours à l'hydrothérapie sous forme de grands bains chauds, de douches froides ou chaudes, simples ou sulfureuses ; le massage et l'électricité vous rendront également de grands services.

Pendant la grossesse vous ordonnerez le repos absolu au lit et vous enroulerez autour de la ceinture pelvienne une large bande de tissu élastique. S'il y a des douleurs, faites appliquer au niveau de la symphyse pubienne une légère couche du liniment suivant :

Menthol	3	grammes.
Salicylate de méthyle	15	—
Glycérine	50	—

RÉTENTION PLACENTAIRE

Peu de temps après l'expulsion ou l'extraction du fœtus apparaissent de nouvelles contractions utérines, arrière-douleurs, qui ont pour but de décoller le placenta et de le chasser du corps de l'utérus. Ce second temps de l'accouchement constitue la période de délivrance, sa durée est très variable ; en général elle n'excède pas une ou deux heures, mais dans certains cas elle peut être beaucoup plus longue, parfois même les phénomènes physiologiques, que nous avons signalés, ne se produisent pas ou sont insuffisants. Le placenta ne se décolle pas ou ne se détache qu'en partie. d'autres fois au contraire, il se décolle, mais il n'est pas chassé de la cavité utérine.

Dans le premier cas aucun accident ne survient immé-

diatement, tandis que dans les deux derniers des hémorragies graves sont presque toujours la conséquence de cet acte physiologique interrompu dans sa marche normale et nécessitent une intervention immédiate, la délivrance artificielle. Nous avons déjà étudié avec détail ces complications de la délivrance, nous aurons surtout en vue dans cet article la rétention placentaire tolérée pendant un certain temps et ne déterminant que des complications tardives.

La rétention de la totalité du placenta est rare après l'accouchement à terme ou prématuré, tandis qu'elle est relativement fréquente au cours de l'avortement et particulièrement au cours de l'interruption de la grossesse pendant les 3e et 4e mois.

Dans l'accouchement proprement dit on rencontre surtout les rétentions partielles ; tantôt il s'agit de la rétention d'une portion de cotylédon, d'un cotylédon tout entier ou de plusieurs cotylédons appartenant au gâteau placentaire, tantôt c'est un cotylédon ou une masse placentaire accessoires qui est retenu dans la cavité utérine.

La rétention d'une portion du placenta principal doit toujours être reconnue immédiatement, si l'on prend soin d'examiner attentivement l'arrière-faix chaque fois qu'on a terminé la délivrance. La rétention d'un ou de plusieurs cotylédons supplémentaires passe plus facilement inaperçue surtout aux yeux d'une personne peu expérimentée ou inattentive. C'est encore par un examen méthodique du délivre qu'on s'en aperçoit, la présence de vaisseaux dans les membranes, vaisseaux partant du placenta et interrompus dans leur parcours, est l'indice d'un cotylédon ou quelquefois de plusieurs cotylédons retenus dans la cavité utérine.

Lorsqu'on est appelé pour un des accidents que nous indiquerons plus loin et qu'on n'a pas pratiqué soi-même la délivrance, il faudra toujours penser à la possibilité d'une rétention placentaire, quels que soient les renseignements fournis par la personne qui a fait l'accouchement, car celle-

ci peut se tromper. Il n'y a qu'un moyen de s'en rendre compte : c'est d'explorer méthodiquement toute la surface interne de l'utérus à l'aide d'un ou de deux doigts introduits dans la cavité de cet organe. Cette manœuvre est d'ordinaire facile, car, dans les cas de rétention placentaire, l'utérus ne subit pas son involution habituelle et son col reste perméable.

La rétention du placenta après l'avortement est ordinairement une rétention totale. On a assisté à l'expulsion du fœtus ou l'on vous apprend que celui-ci a été expulsé, le corps du délit peut vous être présenté ; dans ce cas le doute n'est pas permis. Si l'on vous dit au contraire qu'il a été jeté, il faut dans certains milieux se mettre en garde contre une telle affirmation et placer la femme en observation. Elle peut avoir intérêt à vous induire en erreur pour vous amener à pratiquer une intervention qui la débarrassera d'une grossesse non désirée ou même redoutée. Que de fois à l'hôpital nous sommes-nous bien trouvés de suivre cette conduite et avons-nous vu une des grossesses soi-disant interrompues continuer leur évolution !

La rétention placentaire post-partum ou post-abortum se manifeste par les symptômes suivants : pertes sanguines ou phénomènes infectieux. Tantôt ce sont des hémorragies abondantes d'emblée apparaissant dans les heures ou dans les jours, qui suivent la délivrance ou l'expulsion du fœtus, s'il s'agit d'un avortement ; tantôt ce sont des hémorragies peu abondantes, mais répétées, tantôt enfin on ne constate qu'un suintement sanguin, mais continu. Ces pertes par leur abondance ou par leur persistance retentissent sur l'état général et déterminent une anémie plus ou moins rapide ; la fréquence du pouls en est la manifestation la plus constante et la plus importante.

Dans d'autres cas l'écoulement sanguin est nul ou insignifiant, mais ce sont les phénomènes infectieux qui dominent la scène et qui se traduisent par des signes généraux : fièvre, 38 à 40°, accélération du pouls, 100 à 140 pulsations,

frissons, vomissements, et par des signes locaux : fétidité des lochies, absence de rétraction et mollesse de l'utérus, sensibilité au niveau du fond, des cornes et des bords de cet organe, parfois même douleur abdominale généralisée, météorisme, etc.

Hémorragies et phénomènes infectieux ne s'excluent pas l'un l'autre, ils coexistent fréquemment, c'est là un fait qu'il ne faut pas oublier.

Enfin il existe une troisième variété clinique, dans laquelle la rétention placentaire est tolérée et qui ne se manifeste par aucun signe immédiat. Le placenta ou plus ordinairement des débris placentaires restés adhérents à la paroi utérine ne saignent pas et ne s'infectent pas. Ce n'est que plus tard, parfois très longtemps après l'accouchement ou l'avortement, que des accidents éclatent : métrorragies le plus souvent. Il s'est constitué un polype placentaire ou un déciduôme malin.

En présence de pertes utérines rebelles et persistantes il faut toujours penser à un avortement qui peut remonter à plusieurs mois et même être passé inaperçu ; l'interrogatoire révèle en effet que la femme n'a eu qu'un retard dans sa menstruation. N'ignorons pas non plus les cas où la femme se gardera bien de signaler un avortement déterminé par des manœuvres criminelles.

Traitement. — En clinique plusieurs cas se présentent.

I. — La rétention placentaire est connue, la délivrance est incomplète : un ou plusieurs cotylédons manquent à la masse placentaire ou les membranes sont déchirées et au niveau de la section s'aperçoit la tranche d'un ou de plusieurs vaisseaux. Dans la même catégorie doit être rangée la rétention totale du placenta dans l'avortement, lorsqu'on a assisté à l'expulsion du fœtus. Faut-il dans tous ces cas attendre l'expulsion spontanée ou l'apparition d'accidents qui forcent la main ? Non, sans aucun doute, l'intervention s'impose ; le *curage digital* sera pratiqué avec d'autant plus de

succès qu'on aura tout son temps pour prendre les précautions d'usage.

II. — La rétention est ignorée, mais elle paraît probable par suite des accidents hémorragiques ou infectieux qui éclatent peu de temps après l'accouchement et l'avortement. Le premier temps de l'intervention sera l'exploration digitale de la cavité utérine, suivie de curage digital, si l'on reconnaît la présence de débris placentaires. Il est parfois nécessaire dans ce cas de terminer par un curettage ou un écouvillonnage et par un badigeonnage de la surface interne de l'utérus à la teinture d'iode.

III. — Enfin les hémorragies tardives supposées dues à la rétention de débris placentaires anciens réclament une dilatation lente avec des tiges de laminaires ou rapide avec des bougies de Hégar suivie d'un curettage.

Nous laissons de côté le traitement général qui n'offre ici rien de particulier et qui est nécessité par l'état d'anémie ou par l'infection.

RETOUR DE COUCHES

Le retour de couches est la réapparition de la menstruation après un accouchement. Pour que cette fonction se rétablisse, il faut que la réfection de la muqueuse utérine soit complète. Celle-ci en effet a constitué pendant la grossesse la caduque maternelle, une partie de cette dernière est entraînée avec les membranes au moment de la délivrance et une autre partie a été éliminée peu à peu pendant les suites de couches en entrant dans la composition des lochies. La muqueuse totalement détruite en surface se reconstitue peu à peu pendant le post-partum, grâce à la persistance de cellules muqueuses au fond des culs-de-sac glandulaires. Celles-ci prolifèrent et se comportent comme de véritables greffes ; ce n'est qu'au bout de cinq à six semaines qu'elles ont recouvert toute la surface interne de l'utérus. A ce mo-

ment la muqueuse utérine a donc retrouvé sa structure anatomique normale avec son fin plexus capillaire. Cette reconstitution anatomique est bientôt suivie de la réapparition de la menstruation.

C'est aux premières règles, qui surviennent après l'accouchement, qu'on donne le nom de *retour de couches*. Celui-ci apparaît d'ordinaire vers la sixième semaine, quelquefois beaucoup plus tard, deux mois et même plus. Dans certains cas, nous avons vu la menstruation ne se rétablir qu'au bout de cinq à six mois chez des femmes qui n'avaient cependant pas allaité et dont les suites de couches avaient été normales; chez les nourrices en effet la menstruation est habituellement absente chez les unes pendant toute la durée de l'allaitement, chez d'autres pendant cinq ou six mois. Certaines nourrices cependant sont normalement réglées et leur retour de couches peut survenir à la date habituelle.

Le retour de couches se distingue des règles normales par une perte plus abondante et plus longue, qui peut parfois revêtir les caractères d'une véritable hémorragie. Aussi est-il prudent, lorsqu'on abandonne une nouvelle accouchée, de lui conseiller le repos horizontal, lit ou chaise-longue, pendant les premiers jours de son retour de couches, on diminue ainsi la quantité de sang perdu.

Il ne faut pas confondre le retour de couches véritable avec le petit retour de couches, qui survient souvent dans le courant ou à la fin de la troisième semaine et qui se caractérise par un léger écoulement sanguin, habituellement de courte durée.

Le plus souvent le retour de couches est le prélude d'une menstruation normale, qui surviendra d'une façon régulière ; chez les nourrices, cependant, le retour de couches peut n'être pas suivi d'autres périodes menstruelles pendant plusieurs mois. C'est là un petit détail qu'il est bon de connaître pour rassurer les femmes qui allaitent et qui se croient de nouveau enceintes.

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

La rétroversion de l'utérus gravide est tantôt un accident aigu des premiers mois, dans ce cas c'est un véritable déplacement traumatique, tantôt le développement d'une grossesse dans un utérus normalement rétrofléchi et souvent retenu dans cette position anormale par des adhérences, tantôt enfin l'utérus se rétrofléchit en se développant, parce qu'il rencontre un obstacle qui l'empêche de quitter le pelvis.

Vers le troisième ou le quatrième mois de la grossesse vous pourrez être consultés soit parce qu'une femme est dans l'impossibité d'uriner ou que la miction est difficile et pénible, soit au contraire parce qu'elle perd ses urines d'une façon continuelle sans éprouver le besoin d'uriner. Ces mictions involontaires peuvent déterminer une irritation des organes génitaux externes et de la face interne des cuisses, irritation qui s'accompagne quelquefois de véritables excoriations. Ne vous laissez pas tromper par cette incontinence, qui est une fausse incontinence, et recherchez la rétention, qui en est la cause la plus fréquente; la perte des urines est dans ce cas une miction par regorgement.

Découvrez votre cliente si elle est au lit, faites-la déshabiller et étendre sur un divan, si elle vient vous consulter, et examinez-la avec soin. Dans les deux cas, qu'il s'agisse d'une rétention véritable ou d'une fausse incontinence, vous constaterez au niveau de la région hypogastrique et sur la ligne médiane une tumeur, qui fait saillie et qu'à première vue vous pourriez prendre pour l'utérus, d'autant plus qu'elle se durcit quelquefois sous l'influence de la palpation. En général, cette tumeur lisse et régulière présente un volume qui n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse ; de plus, elle est fluctuante ; enfin le doute disparaîtra si

vous avez recours au cathétérisme et au toucher vaginal.

Par le cathétérisme, vous verrez cette tumeur fondre peu à peu sous vos yeux ; mais sachez que l'introduction de la sonde dans l'urèthre n'est pas toujours facile, le méat est quelquefois entraîné dans le vagin, il faut alors placer la femme en position obstétricale et attirer vers la vulve la paroi vaginale antérieure saisie avec deux doigts ou avec une pince tire-balle pour trouver le méat et y introduire avec douceur une sonde molle. Il est inutile de vous dire que ce cathétérisme ne devra être pratiqué qu'après avoir employé les précautions antiseptiques habituelles : stérilisation de la sonde par l'ébullition, lavage soigneux de toute la région vestibulaire, désinfection des mains.

Par le toucher, vous trouverez dans l'excavation une tumeur plus ou moins volumineuse suivant l'âge de la grossesse, lisse, régulière et rénitente ; le col n'occupe pas sa situation normale, il est plus antérieur, caché derrière la symphyse pubienne, quelquefois même difficile à atteindre. Lorsque la vessie aura été vidée, vous pourrez vous rendre compte du volume de cette masse, de sa consistance et de ses connexions avec le col en combinant le palper abdominal au toucher vaginal, et vous ferez le diagnostic de rétroversion de l'utérus gravide.

Lorsque les troubles vésicaux existent depuis un certain temps, il vous arrivera de retirer de la vessie une urine trouble, fétide, pouvant même renfermer des débris membraneux : c'est qu'il existe une cystite gangréneuse, qui s'accompagne toujours de troubles généraux, fièvre et frissons. Ce sphacèle de la muqueuse vésicale, qui est déjà par lui même très grave, a pu, dans quelques cas heureusement rares, se compliquer d'une rupture du réservoir urinaire qui s'est produite soit spontanément, soit sous l'influence d'un cathétérisme brutal.

Traitement. — I. — *Traitement de la rétroversion.* — *a)* Maintenez la femme au lit et recommandez-lui de se tenir le plus possible dans le décubitus latéral.

b) Videz régulièrement ses réservoirs : la vessie sera cathétérisée trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures en employant la sonde molle en caoutchouc rouge et en prenant les plus grandes précautions antiseptiques ; l'intestin sera évacué en recourant aux laxatifs doux et aux lavements d'huile donnés à l'aide d'une longue canule molle qui devra être portée au-dessus de l'obstacle.

c) Si la réduction spontanée ne se produit pas, si des phénomènes généraux surviennent, si les urines deviennent purulentes, hématuriques ou fétides, vous devez *intervenir*.

La réduction brusque devra toujours être *manuelle* et la voie sera *vaginale*. Vous commencez par vider la vessie et le rectum, puis vous placez la femme en position obstétricale, le siège plus élevé que le tronc ; pour cela vous glissez entre le sommier et le matelas une planche (rallonge de table) et un coussin dur. La main droite, dont les doigts seront réunis en cône, est vaselinée sur sa face dorsale et introduite avec douceur dans le vagin. Une fois dans cette cavité, la face palmaire est dirigée en avant et les doigts écartés vont prendre contact avec la portion de l'utérus la plus déclive. Vous cherchez d'abord à mobiliser le fond de cet organe et à le refouler vers la gauche pour éviter la saillie du promontoire ; c'est à ce moment là seulement que vous pressez de bas en haut en agissant sur toute la surface utérine abordable par le vagin, vous pouvez avec la main gauche placée au-dessus du pubis appuyer de haut en bas sur la portion cervicale de l'utérus.

Le redressement est brusque ou lent ; dès qu'il est obtenu, vous replacez la femme dans son lit et vous lui faites aussitôt une injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine. Le repos au lit sera prescrit pendant quinze jours, et pendant toute cette durée vous veillerez au fonctionnement régulier et facile de la vessie et de l'intestin pour éviter tout effort.

Si la réduction n'a pas été obtenue, vous devrez la tenter de nouveau le lendemain, il sera bon alors d'avoir recours à

l'anesthésie chloroformique ou à la position génu-pectorale.

En cas d'insuccès répétés et de menaces de complications, cystite purulente et gangréneuse, phénomènes d'enclavement, vous devez conseiller la *laparotomie*. Celle-ci faite en position de Trendelenburg permet de voir et de détruire les obstacles à la réduction, puis de redresser l'utérus ; on assurera la réduction en faisant le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par le procédé de Doléris. Il faut toujours, avant d'intervenir, faire une injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine, qu'on continuera une fois par jour pendant les trois ou quatre premières journées.

II. — *Traitement des complications.* — La cystite purulente sera combattue par des lavages l'eau boriquée tiède, un demi-litre d'une solution à 20 p. 1.000, ou au permanganate de potasse, un demi-litre d'une solution à 1 pour 10.000.

La cystite gangréneuse sera traitée par la taille vaginale qui permettra d'extraire la membrane exfoliée ; la fistule devra être entretenue jusqu'à la guérison complète pour laisser reposer la vessie et pour faire des lavages avec une des deux solutions indiquées ci-dessus.

III. — *Traitement prophylactique post-puerpéral.* — Lorsqu'une femme aura présenté de la rétroversion pendant sa grossesse, il sera prudent de prendre des mesures prophylactiques pour éviter que cette déviation ne se reproduise au moment où l'utérus rentre dans la cavité pelvienne. Pour cela on applique un pessaire de Hodge dès que le fond utérin aborde le plan du détroit supérieur, pessaire qu'on devra laisser en place pendant toute la durée de l'involution utérine, c'est-à-dire pendant au moins six semaines. On se trouvera bien de ne le retirer définitivement qu'à la fin du troisième mois, après s'être assuré que la rétrodéviation est parfaitement réduite.

ROBERT (BASSIN DE)

Ce bassin est d'une extrême rareté, aussi nous bornerons-nous à en donner une idée très succincte.

C'est un bassin aplati considérablement dans le sens transversal, l'aire du détroit supérieur a la forme d'un triangle isocèle, dont la base plus ou moins étroite est représentée par un sacrum sans ailerons. Dans le sens de la hauteur, ce bassin va en se rétrécissant de haut en bas, il est en entonnoir.

Le bassin de Robert peut être soupçonné par la conformation extérieure du pelvis, mais c'est par le toucher qu'on peut le reconnaître avec certitude, au besoin par le toucher manuel. Le fait saillant est l'absence de courbure des lignes innominées, elles sont rectilignes.

D'après la plupart des cas publiés, le pronostic est extrêmement sombre, l'accouchement spontané est presque toujours impossible.

Traitement. — Il faut recourir à l'opération césarienne dans les cas typiques. Les pelvitomies ne donneraient aucun résultat par suite de l'ankylose des deux articulations sacro-iliaques. L'accouchement prématuré n'aurait guère plus de chances de terminaison favorable que l'accouchement à terme, parfois l'espace utilisable est si réduit que l'embryotomie elle-même est impossible.

RUPTURE DE L'UTÉRUS

Si la rupture de l'utérus n'est pas le plus fréquent des traumatismes obstétricaux (1 à 2 sur 3.000 accouchements), elle en est sans aucun doute le plus grave, puisque les meil-

leures statistiques accusent encore 44 à 50 p. 100 de mortalité.

Rare pendant la grossesse, au cours de laquelle elle est presque toujours d'origine traumatique, elle est le plus souvent une complication du travail, c'est cette variété que nous allons particulièrement étudier. Elle siège le plus habituellement sur le segment inférieur de l'utérus, on peut même ajouter qu'elle débute presque toujours par cette région, la moins résistante de l'organe, lorsqu'elle se produit spontanément. Les ruptures que l'on constate sur le corps ne sont dans ce cas que des propagations ascendantes d'éclatements du segment inférieur.

Elles se rencontrent surtout chez les multipares ; celles-ci y sont prédisposées à la fois par l'affaiblissement du muscle utérin, qui s'accentue avec le nombre des grossesses, et par la fréquence des mauvaises présentations, conséquence du relâchement de l'utérus et de la paroi abdominale.

A côté de cette cause prédisposante, il faut citer tous les obstacles à l'engagement du fœtus, que cet obstacle soit d'origine maternelle : bassin rétréci, tumeurs pelviennes, rigidité ou déviation du col, ou d'origine fœtale : présentation de l'épaule irréductible, de la face, du front, hydrocéphalie.

Ces différentes causes ne suffisent pas, il faut avant tout des *contractions utérines énergiques* qui cherchent à vaincre un obstacle infranchissable ; la riche musculature du corps utérin chasse le fœtus en totalité ou en partie dans le segment inférieur. Celui-ci finit par éclater non seulement parce qu'il est trop distendu, mais encore parce qu'il se produit dans sa paroi des modifications anatomiques diminuant sa résistance. Très souvent, en effet, pour ne pas dire toujours, il existe dans cette zone une véritable infiltration œdémateuse par gêne de la circulation en retour, comme on en constate au niveau du col dans la rigidité dite anatomique.

Quant aux déchirures traumatiques, elles sont détermi-

nées par des interventions pratiquées maladroitement à l'aide de branches de forceps, perforateur quelconque, ciseaux de Dubois, ou dans des conditions défectueuses, version dans un utérus rétracté, extraction à travers un col insuffisamment dilaté. Dans ce dernier cas, la déchirure de l'utérus n'est que l'irradiation d'une rupture cervicale.

La rupture de l'utérus se produit bien rarement d'une façon brusque ; elle est d'ordinaire précédée de certains signés qu'il faut bien connaître. Leur apparition doit en effet attirer aussitôt l'attention sur le danger qui menace la parturiente, et par cela même dicter une ligne de conduite destinée à le parer.

Il faudra la redouter dans tous les cas de dystocie d'origine maternelle ou fœtale, surtout lorsque l'utérus se contracte vigoureusement. Elle est souvent précédée d'une distension anormale du segment inférieur qui semble contenir la totalité ou une grande partie du fœtus ; l'utérus prend alors la forme d'un sablier dont la partie supérieure est constituée par le corps utérin fortement contracté et de consistance ligneuse. Il n'est pas rare aussi de constater au-dessus du pubis un empâtement mollasse qui va en s'accentuant et qui est dû à une sorte d'infiltration œdémateuse du tissu utérin.

Au moment où la rupture se produit, la parturiente accuse le plus souvent une douleur qui est habituellement suivie d'un arrêt des contractions. En même temps le facies s'altère rapidement : il est grippé, pâle et couvert de sueurs froides ; le pouls devient plus fréquent et souvent plus faible, la respiration est plus rapide, le ventre se ballonne ; on peut aussi noter des vomissements et des tendances syncopales.

Les principaux signes que révèle l'examen sont les suivants: le palper abdominal est douloureux, parfois même la douleur est tellement aiguë que la femme ne supporte pas le contact de la main ; lorsqu'il peut être pratiqué, les sensations perçues sont différentes suivant que le fœtus est resté

dans l'utérus ou qu'il est passé en totalité ou en partie dans la cavité abdominale. Dans le premier cas, on réveille généralement une douleur très aiguë dans une zone fixe et limitée au bord utérin ; dans le deuxième, le globe utérin généralement refoulé dans une des fosses iliaques, souvent la droite, constitue une tumeur plus ou moins globuleuse, à côté de laquelle on sent d'autres masses mobiles et superficielles constituées par les différentes parties fœtales d'autant plus faciles à percevoir que la paroi est plus mince. Au niveau de la vulve il y a presque toujours un écoulement sanguin, souvent noirâtre, épais et plus ou moins considérable.

Le toucher vaginal donne des renseignements variables : tantôt les doigts arriveront sur la présentation, mais à la condition d'être poussés très profondément, ils devront alors s'abstenir d'aller plus loin ; tantôt ils ne sentiront aucune partie fœtale ; dans ces conditions il est absolument nécessaire de pratiquer le toucher manuel. C'est le seul mode d'exploration, qui permette non seulement de poser un diagnostic ferme, mais encore de se rendre compte du siège et de l'importance de la déchirure. La main poussée avec douceur dans les voies génitales pénètre parfois directement dans la cavité abdominale et elle ne s'en aperçoit qu'en se trouvant au contact des anses intestinales au milieu desquelles elle rencontre une région fœtale quelconque.

C'est encore au toucher manuel qu'il faut avoir recours lorsque après l'accouchement on est en droit de redouter une rupture utérine ; on devrait même ériger en principe l'exploration manuelle de toute la surface interne de l'utérus après un travail long et laborieux terminé artificiellement. On éviterait ainsi de laisser passer inaperçues des fissures qui sont un danger non seulement pour le présent (infection, péritonite) mais encore pour l'avenir, car un grand nombre de ruptures graves se produisent sans aucun doute dans des utérus qui avaient présenté lors d'un accouchement antérieur une légère solution de continuité guérie spontané-

ment, mais avec formation de tissu cicatriciel et amincissement de la paroi. Dans ces conditions il faut une cause minime pour déterminer l'éclatement du point de moindre résistance qui s'agrandira très facilement.

En présence d'une rupture utérine, il faut agir le plus rapidement possible, car la femme est menacée d'un danger immédiat, mort par shock, par hémorragie interne ou mixte, ou d'un danger plus tardif, mort par septicémie péritonéale.

Traitement. — *Traitement prophylactique.* — 1° Savoir pendant la grossesse ou au cours du travail reconnaître une cause de dystocie quelconque, soit maternelle comme un rétrécissement pelvien, un kyste ou un fibrome enclavés dans le petit bassin, une rigidité primitive ou secondaire du col, soit fœtale, comme une présentation de l'épaule, une présentation du front, une hydrocéphalie, pour ne citer que les cas les plus fréquents et les plus dangereux, c'est le commencement de la prophylaxie. En effet, un grand nombre de ruptures utérines sont dues à l'ignorance d'un obstacle qu'on aurait pu éviter ou surmonter, s'il avait été reconnu à temps. Une surveillance intelligente de la femme enceinte ou de la parturiente permettra donc de prévenir cet accident en appliquant à chaque variété de dystocie le traitement, qui lui convient, en temps voulu.

2° Rester fidèle aux indications et aux contre-indications de toutes les interventions obstétricales est un autre moyen de mettre en vigueur le traitement prophylactique; c'est ainsi qu'on ne devra jamais ni tenter la version dans un utérus trop rétracté ni chercher à faire passer de force un fœtus à travers un col non suffisamment dilaté et indilatable, etc. S'il y a nécessité pour la mère ou pour l'enfant de terminer l'accouchement, c'est à un autre mode opératoire qu'il faut avoir recours : embryotomie ou laparotomie suivant les circonstances.

3° Enfin intervenir dès l'apparition des signes avant-coureurs de la rupture, c'est l'éviter à coup sûr. Dans le plus

grand nombre de cas, si l'enfant est vivant, c'est à la voie haute qu'il faut s'adresser. L'opération césarienne s'impose même chaque fois que le segment inférieur s'infiltre.

Traitement curatif. — Deux cas se présentent en clinique : ou bien le fœtus est encore dans les voies génitales et la rupture quoique probable n'est pas certaine, ou bien le fœtus est en partie ou en totalité sorti de l'utérus. Dans le premier cas il faut terminer l'accouchement par les voies naturelles, s'il est possible, en recourant à une opération réduisant le volume du fœtus chaque fois qu'il est mort, ce qui est la règle. Ce n'est qu'après l'extraction que l'examen de la cavité utérine permettra d'affirmer le diagnostic; on se comportera alors comme dans le cas suivant.

Le fœtus est en partie ou en totalité sorti de la cavité utérine, une seule intervention peut donner des chances de guérison, la *laparotomie immédiate.* Si elle doit toujours être possible dans une maternité, en pratique il n'en est malheureusement pas de même, il faut un certain temps pour rassembler des aides et pour se procurer les objets de pansement et les instruments nécessaires. L'accoucheur peut donc se trouver dans l'obligation d'instituer un traitement d'urgence pour parer aux accidents immédiats : le choc et l'hémorragie.

Contre le choc on emploiera les injections sous-cutanées d'éther, de caféine, d'huile camphrée, de sérum physiologique, la chaleur, linge chaud et boules d'eau chaude, les boissons alcooliques, grogs et champagne.

L'hémorragie est surtout grave lorsque le fœtus est passé en totalité dans l'abdomen. On peut alors recourir au tamponnement de la brèche et de toute la cavité utérine au moyen de gaze antiseptique. Mais il ne faut pas oublier que ce tamponnement n'est qu'un traitement d'attente et, dès que tout sera prêt pour faire la laparotomie, il faudra la pratiquer.

La femme sera placée doucement sur la table d'opération et horizontalement, elle sera anesthésiée de préférence à

l'éther et il sera prudent pendant toute la durée de l'intervention de lui injecter du sérum.

La laparotomie sera médiane, l'incision dépassera l'ombilic, il ne faut pas craindre de la prolonger en haut, car il est nécessaire de voir clair dans la cavité abdominale. Le fœtus sera extrait après section du cordon si le placenta est encore dans la cavité utérine, ou avec l'arrière-faix si celui-ci est également passé dans l'abdomen. Il faut alors s'empresser d'explorer la solution de continuité afin d'appliquer des pinces sur les vaisseaux qui continueraient à saigner. Après avoir enlevé les caillots, le sang liquide, le méconium, l'enduit sébacé, on fait une toilette minutieuse du péritoine; c'est alors seulement qu'il est permis de placer l'opérée en position de Trendelenburg. Un examen attentif de la lésion est nécessaire avant de décider l'opération finale ou plutôt le procédé d'hystérectomie qui paraît le plus rationnel. Il ne peut être question en effet de recourir au tamponnement, au drainage ou même à la suture de l'utérus, qui n'a jamais donné que de mauvais résultats. *Tout utérus rompu doit être enlevé.* L'opération de Porro, qui a pour elle sa simplicité et sa rapidité d'exécution, avantage inappréciable dans un traumatisme de cette nature, est souvent impossible à pratiquer, car les délabrements siègent d'ordinaire sur le segment inférieur ou sont plus accusés dans cette région. Il est fréquent, en effet, de constater à ce niveau un décollement péritonéal très étendu par l'épanchement sanguin et une infiltration œdémateuse de tout le tissu utérin, ce qui ne permet pas de constituer un pédicule.

C'est l'hystérectomie subtotale qui donne les meilleurs résultats, et encore est-il difficile de décrire une technique type, le plus souvent on doit avoir recours à des méthodes atypiques à cause de la variété des lésions. Chaque fois qu'on pourra fixer le moignon à l'angle inférieur de la plaie suivant le procédé décrit par Hartmann, il faudra le faire. Dans tous les cas, il sera nécessaire de placer un large drainage dans la cavité abdominale.

Il est bien entendu que toutes les lésions voisines de l'utérus devront être réparées au cours de l'opération et que l'état général devra être traité d'une façon toute particulière pendant les heures et les jours qui suivent.

SCOLIOSE (BASSINS VICIÉS PAR)

Le bassin scoliotique est avant tout un bassin asymétrique, il est du type pseudo-oblique ovalaire. Mais, à l'inverse du bassin de Nægele, le bassin scoliotique ne peut jamais être méconnu, il coïncide en effet avec une déformation de la colonne vertébrale qui ne peut échapper à l'observateur le plus inattentif. On peut objecter qu'il y a des scolioses légères pouvant passer inaperçues, mais celles-là n'ont aucun retentissement sur le bassin. Pour que celui-ci soit déformé au point de créer un obstacle à l'accouchement, il faut des déviations considérables de la colonne vertébrale. Ces déformations, liées le plus souvent au rachitisme, s'accompagnent habituellement d'incurvations des membres inférieurs et des divers stigmates de cette affection.

Ainsi c'est l'aspect contrefait de la femme qui incite à rechercher la conformation du bassin. Le toucher vaginal va nous donner les renseignements utiles. Mais il faut remarquer qu'il s'agit d'un bassin asymétrique, il y a donc lieu de prendre les précautions d'usage en pareil cas, à savoir : 1° mettre la femme en travers de son lit ou tout au moins se placer face au périnée ; 2° se préparer à toucher successivement avec les deux mains en laissant le plus court intervalle possible entre les deux examens.

Il ne faut pas oublier que le toucher peut être assez mal supporté chez ces malades qui ont souvent de l'hyperesthésie vulvaire ; en pareil cas, on pourrait se trouver dans la nécessité de recourir à un examen sous anesthésie générale.

L'exploration doit porter sur le détroit supérieur d'abord, puis sur l'excavation. C'est du reste une règle générale

rale de ne pas retirer son doigt du vagin avant d'avoir recueilli tous les renseignements que peut fournir le toucher non seulement sur le bassin, mais aussi sur les parties molles, le segment inférieur, le fœtus, etc.

Dans le bassin scoliotique le détroit supérieur est nettement asymétrique, le sacrum ne regarde pas directement en avant, il est tourné vers le côté aplati du bassin qui correspond à la convexité de la courbure scoliotique lombaire de compensation. La ligne innominée de ce côté est redressée, mais beaucoup moins que dans le bassin oblique ovalaire. L'excavation du même côté est moins spacieuse ; le détroit inférieur est, par contre, normal ou agrandi.

Les lésions du bassin rachitique peuvent se combiner avec celle du bassin scoliotique pour constituer un bassin plus ou moins aplati et en plus asymétrique.

Le pronostic du bassin scoliotique est en général bénin ; quand il y a des déformations considérables de la colonne vertébrale, il s'assombrit notablement, la distance du promontoire à la symphyse peut servir à l'apprécier ; mais à mensuration égale, le bassin scoliotique est plus défavorable. Il va sans dire que le palper mensurateur à la fin de la grossesse est un élément d'appréciation indispensable.

Dans les cas douteux; il faut recourir au toucher manuel.

Traitement. — Dans la plupart des cas l'expectation est de rigueur, l'accouchement spontané étant la règle.

Quand il y a de grosses déformations, l'opération césarienne peut être indiquée.

Dans les cas intermédiaires, on peut faire soit une version interne en ayant soin d'orienter l'occiput du côté le plus large du bassin, soit une application de forceps après avoir suffisamment temporisé.

Lorsqu'il y a eu des accouchements dystociques antérieurs, il est sage, avant de prendre une décision, de faire exécuter une radiographie métrique du bassin.

SCLÉRÈME

Chez les enfants débiles, souvent nés avant terme, et chez les enfants mal soignés, exposés au froid, on voit souvent apparaître une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané ; il y a d'abord de l'œdème auquel succède bientôt une induration ou sclérème. Celui-ci est dû à la coagulation de la graisse, le derme paraît lui-même induré et distendu, il est lisse, luisant, de coloration jaunâtre.

Lorsqu'on saisit la peau de la région entre deux doigts, il est impossible de la plisser ; d'autre part la pression de la pulpe du doigt ne détermine aucun godet ; ce signe permet de différencier le sclérème de l'œdème.

Le sclérème siège surtout dans la région sus-pubienne, de là il gagne la paroi abdominale, les organes génitaux et les cuisses.

Traitement. — Il faut avant tout réchauffer ces enfants dont la température est inférieure à la normale, on les entourera donc d'ouate non hydrophile qu'on recouvrira d'un taffetas chiffon ; on placera dans le berceau, qui sera bien fermé sur les côtés, des boules d'eau chaude. Si le sclérème est très accusé, on peut faire des applications de compresses humides chaudes et placer les enfants dans une couveuse.

SEINS (COMPLICATIONS DU COTÉ DES)

Les lésions du mamelon sont une complication fréquente de l'allaitement maternel ; elles prennent parfois de telles proportions qu'elles rendent ce dernier impossible temporairement ou d'une façon permanente. Aussi doit-on toujours y penser, dès que le nouveau-né est mis au sein, soit pour les éviter, soit pour les traiter dès leur apparition.

C'est en effet au début de l'allaitement, du 3e au 5e jour,

que se produisent les fissures ou les excoriations du mamelon, rarement plus tôt, quelquefois plus tard, 6e au 8e jour, elles deviennent exceptionnelles après le 8e jour. Les primipares y sont plus exposées que les multipares, mais la différence est peu accusée ; il n'est pas rare de voir des nourrices en présenter à tous leurs allaitements. Ces faits peuvent s'expliquer par l'étude des causes prédisposantes. Il faut placer en première ligne une véritable prédisposition personnelle ; beaucoup plus importante que la teinte des cheveux, fréquence plus grande chez les blondes, a-t-on dit, est la constitution du mamelon, aussi sont-elles bilatérales dans le plus grand nombre des cas.

Tantôt il s'agit de mamelons ombiliqués qui se présentent sous deux formes : les uns sont réductibles par une manœuvre très simple consistant à prendre entre le pouce et l'index le noyau que l'on sent à la partie centrale de l'aréole, à l'énucléer afin de le rendre saillant et de permettre au nouveau-né de le saisir. En répétant à chaque tétée cette petite opération, on voit souvent le mamelon ne plus rentrer et conserver sa configuration normale.

Dans d'autres cas les mamelons ombiliqués sont au contraire irréductibles, ils semblent retenus dans la profondeur de la mamelle par une sorte de tractus fibreux, par conséquent inextensible, ne permettant pas l'énucléation. Lorsqu'on tente l'allaitement dans ces conditions, le mamelon rentré paraît attiré avec plus de force dans la profondeur sous l'influence du réflexe produit par la succion ; le thélotisme s'exagère en dedans au lieu de se manifester en dehors. L'allaitement est rarement possible dans cette malformation anatomique ; parfois cependant l'enfant arrive à former une sorte de mamelon factice aux dépens de la peau de l'aréole.

Tantôt au contraire il s'agit de gros bouts de sein présentant un aspect framboisé avec des sillons profonds limitant des tubercules exubérants ; souvent même ces mamelons représentent une véritable massue, rattachée au centre de l'aréole par un pédicule plus étroit que l'extrémité libre.

La véritable cause déterminante est le mode de succion du nouveau-né ; certains enfants semblent avoir la bouche plus dure. Nous avons constaté à plusieurs reprises que des femmes ayant allaité une première fois sans incidents présentaient des crevasses à un autre allaitement, alors que les mêmes précautions avaient été prises. Dans ces cas, l'enfant produit dès les premières tétées des phlyctènes sanguinolentes sur le bout des seins ; ces phlyctènes crèvent aux tétées suivantes, d'où mise à nu du derme et ulcérations souvent considérables.

A côté de ces causes il faut citer les fautes si souvent commises par les nourrices : ou bien elles ne prennent pas les précautions sur lesquelles nous aurons à revenir plus loin à propos du traitement prophylactique, ou bien elles mettent à tout propos leur enfant au sein, lorsqu'elles ne l'y laissent pas suspendus pendant des heures entières. Sous cette influence l'épiderme subit une véritable macération qui favorise les crevasses.

Quant à l'action de certaines affections buccales du nouveau-né, elle a été très exagérée ; ce qui peut agir, c'est l'acidité de la salive, que détermine la fermentation du lait retenu dans la bouche de l'enfant ou qui accompagne les troubles gastriques dus à la suralimentation.

Les lésions du mamelon sont d'ordinaire annoncées par une sensibilité plus ou moins accusée au moment où l'enfant saisit le bout du sein et parfois pendant toute la durée de la tétée. Cette sensibilité va se transformer en douleur dès qu'il y a solution de continuité, gerçure, fissure, crevasse ; celle-ci siège habituellement au sommet du mamelon et ne présente aucune direction bien définie, parfois elle est parallèle ou perpendiculaire au grand axe du tubercule mamillaire ; dans ce dernier cas, lorsqu'elle siège au niveau du point d'attache du mamelon, elle est très tenace.

La douleur peut prendre une acuité telle qu'elle arrache des pleurs et même des cris à la nourrice ; celle-ci recule à l'approche de la bouche de l'enfant. Si elle est encore au lit,

on la voit s'agiter, se ramasser sur elle-même ; elle paraît se raidir pour mieux supporter la douleur angoissante qu'elle connaît et qui offre son maximum au moment où l'enfant saisit le sein. Elle se reproduit de nouveau avec la même intensité, lorsqu'on veut faire lâcher trop brusquement le mamelon à l'enfant.

Ces crises douloureuses deviennent pour la jeune mère une crainte constante; la tétée une fois terminée, elle pense à la suivante et une demi-heure avant elle commence à s'agiter à l'idée qu'elle va avoir à supporter une nouvelle épreuve. Chez certaines névropathes il peut en résulter un tel ébranlement nerveux que l'allaitement doit être abandonné.

La douleur est souvent une cause de diminution dans la sécrétion lactée, et cela pour différentes raisons : action réflexe, moindre durée des tétées (car, si l'enfant vient à lâcher le mamelon, on hésite à le remettre au sein), suppression volontaire d'une ou de plusieurs tétées dans les vingt-quatre heures.

En dehors de ces complications, d'où peuvent résulter la nécessité d'abandonner l'allaitement et l'hypogalactie, il faut craindre les infections ayant leur point de départ au niveau de la petite plaie. Elles se manifestent du côté de la mère sous forme de lymphangite, de galactophorite, d'abcès mammaires et du côté du nourrisson sous forme de troubles gastro-intestinaux, car le lait, provenant des mamelons sur lesquels existent des crevasses, est souvent riche en staphylocoques. Nous ne parlons pas du melœna, dû à l'absorption de sang par l'enfant au moment de la tétée ; il s'agit d'un faux melœna, melœna spuria, qui ne peut être considéré comme une complication.

Traitement. — Existe-t-il un traitement prophylactique des crevasses ? Peut-on, en prenant certains soins pendant la grossesse, être sûr de les éviter? Un grand nombre de praticiens conseillent des lotions alcoolisées dans les mois qui précèdent l'accouchement ; nous ne croyons pas

beaucoup à l'efficacité de cette thérapeutique. Ce qui est plus important à notre avis, c'est d'abord d'espacer les tétées ; tant que la montée laiteuse ne s'est pas effectuée, l'enfant ne devra être mis au sein que toutes les quatre heures et il ne devra pas y rester plus de cinq minutes ; c'est ensuite de prendre de grandes précautions de propreté du côté des mamelons après chaque tétée. Les mamelons seront lavés avec un tampon de coton hydrophile trempé dans une solution composée de trois quarts d'eau bouillie et d'un quart d'eau oxygénée chirurgicale, puis recouverts d'une rondelle de gaze stérilisée. Avant la tétée suivante, on aura soin de laver de nouveau le bout du sein avec un peu d'eau bouillie. La bouche de l'enfant devra également être surveillée de très près.

Les crevasses existent, quelle est la thérapeutique qui donne les meilleurs résultats ? Nombreux sont les médicaments préconisés pour atteindre ce but, lotions, solutions, baumes, pommades, etc., les uns sont dangereux, les autres peu efficaces.

En employant la méthode suivante, nous avons obtenu des guérisons rapides, Dès l'apparition des crevasses on lave avec soin, mais aussi avec beaucoup de douceur, l'extrémité du mamelon avec un coton trempé dans un mélange à parties égales d'eau oxygénée à 12 volumes et d'eau bouillie, puis on laisse à demeure des rondelles de tarlatane stérilisée ou de gaze aseptique formées de plusieurs épaisseurs et imprégnées d'une solution d'eau oxygénée au tiers.

Eau oxygénée à 12 volumes.	10 grammes.
Glycérine neutre	20 —

Dans les cas où les liquides déterminent de la macération du mamelon, on pourra remplacer le liquide par une pommade du genre de celle que nous indiquons plus loin.

Dès que les petites plaies sont en voie de cicatrisation, c'est-à-dire après 24 ou 48 heures de pansement humide, on supprime celui-ci ; la tétée une fois terminée, on lave le

bout du sein, on l'essuie légèrement avec un tampon de coton hydrophile et on le recouvre d'une légère couche de la pommade qui suit :

Oxyde de zinc.	2	grammes.
Teinture de benjoin.	5	—
Vaseline.	àà 10	—
Lanoline.		

On peut aussi le saupoudrer d'acide borique finement pulvérisé et appliquer ensuite un petit carré de gaze stérilisée.

Il faudra surtout recommander à la personne qui fera les pansements d'avoir la précaution de se savonner et de se brosser les mains, puis de les plonger dans une solution de sublimé avant de toucher aux mamelons et aux objets qui doivent entrer en contact avec ces derniers. C'est en suivant cette ligne de conduite qu'on évitera les complications des crevasses, c'est-à-dire la lymphangite et les abcès du sein.

S'il survient de la *lymphangite*, on supprimera l'allaitement du côté malade, on lavera le mamelon et l'aréole avec de la liqueur de Van Swieten, on appliquera ensuite autour du bout des seins une couronne de gaze humide chiffonnée afin d'éviter de l'aplatir, puis on recouvrira le sein tout entier de compresses épaisses de tarlatane non empesée, qu'on aura fait bouillir une demi-heure dans :

Acide borique.	40	grammes.
Eau.	1.000	—

Ces compresses humides seront recouvertes d'un taffetas chiffon et ensuite d'une couche de coton ; le tout sera maintenu par un bandage compressif.

Ce pansement sera renouvelé tous les jours jusqu'à ce que la température, prise régulièrement matin et soir, soit redevenue normale. Ce n'est qu'à ce moment qu'il sera permis de remettre l'enfant au sein tout en continuant à appliquer pendant plusieurs jours des petites compresses humides sur le mamelon.

La galactophorite sera traitée de la même façon, mais il

faudra en plus faire de l'expression du sein matin et soir. Chaque séance sera suivie d'un lavage du mamelon soit avec :

Eau oxygénée à 12 volumes	....	1 partie.
Eau bouillie —	....	2 parties.

soit avec une solution de permanganate de potasse à 1 p.500.

SÉROTHÉRAPIE

La sérothérapie est une méthode thérapeutique relativement nouvelle. On peut y avoir recours soit au point de vue prophylactique, soit au point de vue curatif.

Il est intéressant de savoir que les sérums anti-tétanique et anti-dipthéritique injectés au point de vue préventif n'ont aucun retentissement sur l'évolution de la grossesse et sur le fœtus. Il ne faut donc pas hésiter à les employer chez des femmes enceintes, lorsque l'indication se pose.

Le sérum de Roux injecté au cours d'une dipthérie, confirmée par le microscope et par les cultures, paraît d'après les statistiques établies avoir une action favorable sur l'évolution de la grossesse; depuis son emploi, l'avortement et l'accouchement prématuré sont moins fréquents au cours de la maladie.

Dans un cas d'érysipèle de la face propagé au corps, nous n'avons pas hésité à conseiller des injections de sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur; la grossesse, qui était dans le septième mois, n'a pas été interrompue. Nous pensons donc qu'il y a intérêt à y recourir dans tous les cas d'érysipèle survenant pendant la gravidité.

Dans un grand nombre de maternités parisiennes on fait préventivement des injections de 20 à 40 centimètres cubes de sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur à toutes les femmes ayant une rupture prématurée des membranes. Ces injections sont pratiquées avant l'accouchement et continuées pendant les deux ou trois jours qui suivent.

Ce même sérum doit être employé pendant les suites de couches dès qu'apparaissent des accidents infectieux d'origine puerpérale. Dans ces cas il est bien entendu que cette thérapeutique générale n'exclut pas la thérapeutique locale : injections intra-utérines, curettage, écouvillonnage, etc. Il ne faut pas oublier d'autre part que, si le streptocoque est l'agent le plus fréquent des accidents infectieux puerpéraux, il n'est pas le seul, le staphylocoque, le coli-bacille, etc. sont aussi capables de provoquer les mêmes accidents, ils sont du reste souvent associés au streptocoque.

Dans l'infection dite puerpérale, le sérum antistreptococcique sera injecté tous les jours dans le tissu cellulaire sous-cutané de la partie externe de la cuisse à la dose de 40 à 60 centimètres cubes pendant une semaine environ.

SEVRAGE

Le sevrage est la suppression de l'allaitement au sein ; à moins de conditions exceptionnelles, il ne doit pas être pratiqué brusquement autant dans l'intérêt de l'enfant que dans celui de la nourrice ; on évite ainsi un certain nombre de complications.

L'époque du sevrage varie suivant les enfants et suivant les conditions atmosphériques, il faut autant que possible ne jamais sevrer le nourrisson avant ou pendant les mois chauds : juillet, août et septembre. La durée de l'allaitement au sein dépend donc de la date de la naissance ; un enfant né au mois de septembre pourra être sevré à un an, tandis qu'il y aura avantage à reporter le sevrage à quatorze mois chez l'enfant né au mois de juillet. La durée moyenne de l'allaitement au sein est d'une année; il ne doit pas autant que possible être supprimé avant le dixième mois, il sera prolongé plus longtemps chez les enfants débiles.

Dans bien des cas, le sevrage n'est que relatif, car plusieurs tétées au sein ont déjà été remplacées par des bibe-

rons de lait de vache. Cet allaitement mixte peut avoir été voulu : conditions et obligations sociales, convenances personnelles, ou forcé : insuffisance de la sécrétion lactée, fatigue de la mère, etc. Le sevrage est également relatif, lorsqu'au huitième mois on commence à donner une bouillie en remplacement d'une tétée.

Il y a parfois intérêt à ne pas attendre trop longtemps pour commencer le premier biberon, parce que l'enfant le prend plus facilement dans les six premiers mois et souvent parce que le lait de la mère n'est pas suffisamment nourrissant.

Le sevrage véritable peut en effet être accompagné de difficultés, surtout lorsqu'il est mis en pratique tardivement. Il n'est pas rare alors de voir l'enfant refuser énergiquement le lait donné avec un biberon, une cuiller ou un verre. Il faut dans ce cas avoir de la patience et de la persévérance ; une bonne précaution à prendre est d'écarter la nourrice de l'enfant et de lui faire présenter les premiers biberons par une autre personne que celle qui l'allaitait, mère ou nourrice.

Lorsque le sevrage n'a pas été lent par diminution progressive du nombre des tétées, il est nécessaire de prendre certaines précautions du côté de la nourrice.

Les mamelons seront lavés soigneusement avec un mélange à parties égales d'eau et d'alcool à 90°, les seins seront recouverts d'une compresse stérilisée, puis d'un carré de coton hydrophile et d'une forte épaisseur de coton cardé. Ils seront ensuite fortement comprimés à l'aide d'une bande de flanelle ou de crêpon de laine large de 10 à 15 centimètres.

Il se produit en effet, dans ces cas, des montées laiteuses avec tension très gênante des glandes mammaires. Le pansement sera renouvelé tous les jours en prenant chaque fois de grandes précautions d'antisepsie du côté des mamelons ; on diminuera peu à peu la compression à partir du troisième jour pour la cesser complètement au bout d'une semaine.

Quant à la question du purgatif, réclamé à grands cris

par l'entourage et par la patiente, il peut être donné de la façon suivante, bien que son action comme moyen de « *faire passer le lait* » soit plus que douteuse : on fera prendre tous les deux jours dans un demi-verre d'eau pendant une semaine :

Sulfate de magnésie. . . . . 20 grammes.

SIÈGE (PRÉSENTATION DU)

Si la mortalité fœtale au cours de la présentation du siège est encore élevée dans la pratique rurale (40 p. 100 d'après Hégar), cela tient à deux causes : la première, c'est que le praticien ne recourt pas assez souvent à la version par manœuvres externes pendant la grossesse, et que d'autre part au cours de l'accouchement il ne laisse pas l'expulsion se faire presque complètement sous les seuls efforts de la nature. Tenté par la sortie des membres inférieurs qui se présentent à lui, il les saisit (quand il ne va pas les chercher dans le vagin) pour exercer des tractions prématurées. Celles-ci ont pour conséquences de favoriser chez l'enfant des mouvements respiratoires en excitant son réflexe cutané et d'amener un relèvement des membres supérieurs, aussi l'extraction de la tête dernière exige-t-elle des manœuvres plus compliquées et plus longues, et par cela même souvent meurtrières.

CONDUITE A TENIR PENDANT LA GROSSESSE

Toute présentation du siège diagnostiquée dans les deux derniers mois de la gravidité doit être aussitôt transformée en présentation du sommet chaque fois que cela est possible avec un fœtus unique. Il n'existe pas, en effet, de contre-indications véritables à la version par manœuvres externes, qui doit presque toujours être tentée. La brièveté naturelle ou accidentelle du cordon est la seule contre-indi-

cation, mais comme elle est impossible à diagnostiquer pendant la grossesse, on peut la considérer en pratique comme n'existant pas. Dans certains cas, cependant, il peut y avoir avantage à préférer ce genre de présentation, et par conséquent à ne pas la modifier. Ces cas se rencontrent dans les rétrécissements modérés du bassin (10,5 à 11 centimètres de diamètre promonto-sous-pubien), surtout s'il s'agit d'une multipare dont les accouchements antérieurs ont présenté des difficultés, et dans les cas d'insertion du placenta sur le segment inférieur accompagnée d'hémorragies.

Il ne faudrait pas croire que la version par manœuvres externes soit toujours couronnée de succès, quelque expérimenté que soit l'accoucheur. Elle est parfois impossible à effectuer chez les primipares dont la paroi abdominale et la musculature utérine sont résistantes, dans la présentation du siège décomplété mode des fesses et dans la grossesse avancée, lorsque le fœtus est volumineux et que les dimensions longitudinales sont très supérieures aux dimensions transversales de la cavité utérine. Dans tous ces cas, il ne faut pas s'avouer vaincu après un seul échec, plusieurs tentatives sont souvent nécessaires en s'aidant au besoin de l'anesthésie chloroformique.

Un certain nombre de précautions doivent être prises pour faciliter cette intervention : la vessie et l'intestin devant être à l'état de vacuité, il faudra donc ordonner à la femme de prendre le matin même un grand lavement évacuateur précédé au besoin d'un laxatif absorbé la veille au soir; elle devra également uriner quelques instants avant le début des manœuvres. Il sera nécessaire d'avoir à sa disposition un flacon de chloroforme (la femme devra donc être à jeun), une bande de flanelle de 60 centimètres de large sur 1 mètre de long, bande qui sera pliée en deux dans le sens de la largeur, et un paquet de 250 grammes de coton cardé. Enfin il sera prudent d'ausculter avec soin le fœtus avant et après la version pour s'assurer d'abord qu'il est bien vivant et qu'ensuite la transformation de position ne l'a pas fait souffrir.

La version terminée, on glisse la bande de flanelle sous la région lombaire, on applique de chaque côté de l'utérus deux tampons de coton de 20 centimètres de long sur 10 de large et 5 d'épaisseur, et on rabat les deux extrémités de la ceinture de flanelle qu'on fixe au moyen d'épingles de nourrice. La ceinture de flanelle sera avantageusement remplacée par la ceinture eutocique, quand on en possède une dans son arsenal obstétrical.

Toute ceinture abdominale appliquée chez une femme enceinte doit être surveillée avec soin pour s'assurer non seulement que la tête fœtale reste bien à la partie inférieure de l'utérus, mais encore que les téguments externes ne sont pas trop comprimés. Cette précaution est surtout à prendre avec la ceinture eutocique qui peut parfois déterminer du sphacèle de la peau.

Si la version par manœuvres externes n'a pas été effectuée pendant la grossesse ou si, tentée, elle n'a pas été suivie du résultat désiré pour une raison précédemment exposée, il sera prudent d'avertir la famille que le pronostic fœtal doit être réservé, surtout dans les cas de primiparité et de présentation du siège décomplété mode des fesses.

CONDUITE A TENIR PENDANT LE TRAVAIL

Appelé au début du travail et reconnaissant une présentation du siège, on peut encore essayer de transformer cette dernière en présentation du sommet au moyen de manœuvres externes, à la condition que le siège ne soit pas engagé et que la *poche des eaux soit intacte*. La version, en dehors des difficultés habituelles, tonicité abdomino-utérine, siège décomplété mode des fesses, est souvent difficile pendant le travail à cause des contractions de l'utérus réveillées par le contact des mains.

En présence d'un accouchement par le siège, nous devons d'abord faire des réserves au sujet de l'enfant et préparer tout ce qui est nécessaire pour le ranimer : tube insufflateur,

deux récipients pour donner un bain chaud et un bain froid, farine de moutarde, alcool, linge chaud, petite table recouverte d'un oreiller destiné à recevoir le nouveau-né, si l'insufflation doit être pratiquée.

Pendant le travail on se comportera comme pendant un accouchement par le sommet. Si la poche des eaux vient à se rompre spontanément, il ne faudra pas s'alarmer au cas où le liquide amniotique s'écoulerait verdâtre (à la condition que les bruits du cœur soient bons) ou si une traînée de méconium apparaît à la vulve. Chez les primipares, on obtient d'excellents résultats en dilatant le vagin au moyen d'un gros ballon de Champetier de Ribes. Si la poche des eaux est intacte, on la rompt artificiellement à la dilatation complète, après avoir pris les précautions suivantes :

On garnit un côté du lit à sa partie médiane avec une toile caoutchoutée dont une des extrémités est fixée au matelas avec deux épingles de nourrice, tandis que l'autre extrémité vient plonger dans un seau de toilette; puis, s'il s'agit d'une multipare, on la place aussitôt en position obstétricale en travers de son lit, la tête reposant sur un oreiller, le siège débordant légèrement le matelas, les deux membres inférieurs fléchis reposant sur deux chaises ou maintenus par deux aides. Les primipares ne seront mises dans cette position qu'à l'apparition de la hanche antérieure au niveau de la vulve.

Pendant la période d'expulsion il faut ausculter fréquemment et *savoir s'abstenir de toute intervention* s'il n'existe aucune indication de terminer rapidement l'accouchement. On se contente de soutenir le siège avec un linge chaud dès qu'il est tout entier hors de la vulve sans chercher à tirer sur les membres inférieurs fléchis ou défléchis. Dès que l'ombilic apparaît à la vulve, on fait une anse au cordon et on attend l'expulsion spontanée du thorax et du bras, *ce n'est qu'à ce moment qu'il faut intervenir pour dégager la tête seule retenue dans le vagin.* La main qui, placée dans la position intermédiaire à la pronation et à la

supination, regarde la paroi ventrale de l'enfant, après avoir été immergée rapidement dans un liquide antiseptique, pénètre dans le vagin et va à la recherche de la bouche du fœtus, l'index et le médius y sont introduits et prennent point d'appui sur tout le plancher buccal, le corps de l'enfant est placé à cheval sur le bras dont la main est dans la cavité vaginale. L'autre main écartant l'index et le médius enfourche le cou du fœtus. Les deux mains exercent en même temps une traction pour amener l'extrémité céphalique sur le plancher périnéal ; à ce moment la main buccale seule agit d'abord pour fléchir la tête, puis pour amener le menton en arrière (rotation). Le sous-occiput est alors sous la symphyse, il doit être entraîné franchement au dehors et être remplacé par la région de la bosse occipitale qui va servir de pivot au moment du dégagement de la tête. C'est grâce à un mouvement de flexion prononcée que celui-ci est obtenu ; dès que le front apparaît au niveau de la commissure postérieure, le fœtus, dont le tronc a été relevé de plus en plus, est placé verticalement la tête en bas.

La manœuvre dite de Mauriceau doit être exécutée rapidement, tant que la bouche du fœtus n'est pas sortie de l'orifice vulvaire, car jusque-là la circulation fœto-placentaire est interrompue par compression du cordon. La bouche hors de la vulve, il n'y a plus à se presser ; si l'enfant respire, il y a même avantage pour la mère à aller lentement pour distendre le périnée, qui est attaqué par un des plus grands diamètres de la tête, le diamètre occipito-frontal.

Dès que l'extraction est terminée, la circulation funiculaire peut se rétablir ; dans ce cas, il y a avantage à ne pas sectionner le cordon aussitôt. On profitera de ce temps pour désobstruer les voies aériennes supérieures et pour frictionner vigoureusement les téguments externes et particulièrement la région dorsale du fœtus avec un peu d'alcool, afin d'exciter le réflexe respiratoire s'il est né étonné. Pendant ces manœuvres nous conseillons de le tenir par les pieds, la tête en bas, car il existe souvent un peu d'anémie bulbo-cérébrale.

Si l'enfant est en état de mort apparente, on sectionne le cordon et on met immédiatement en œuvre les procédés préconisés en pareille circonstance; cette éventualité devant toujours être prévue dans la présentation du siège, tout aura dû être préparé d'avance, comme nous l'avons indiqué au début, pour ranimer l'enfant.

Après la section du cordon la femme est replacée dans son lit dans une situation normale, et on attend au minimum trente minutes avant de songer à la délivrance.

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que l'accouchement normal, mais soit dans l'intérêt de la mère, soit dans l'intérêt de l'enfant, il est parfois nécessaire de terminer l'accouchement et de ne pas le confier aux seules forces de la nature. Des difficultés peuvent survenir au cours de cette extraction, ce sont elles que nous allons passer en revue.

Dystocie dans la présentation du siège. — L'extraction du fœtus ne doit être entreprise que s'il existe des indications d'origine maternelle ou fœtale, et encore à la condition, si l'enfant est vivant, que la dilatation soit complète et qu'il n'y ait pas de disproportion trop accusée entre les dimensions du bassin et celles du fœtus reconnues par un palper méthodique et par la mensuration de la hauteur utérine. Dans la présentation du siège, en effet, il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, d'apprécier les dimensions exactes de la tête fœtale, qui est cachée sous les fausses côtes et qu'on ne peut saisir entre les deux mains.

Au point de vue des difficultés qu'on peut rencontrer au cours de l'extraction, il faut également tenir compte de l'état de parité de la parturiente ; la primiparité est souvent une cause très appréciable de difficultés dans l'extraction rapide, car on est obligé de vaincre dans l'espace de quelques instants la résistance parfois considérable des parties molles, canal vaginal et orifice vulvaire, que la nature met une heure ou deux à forcer. On peut cependant aplanir en grande partie cet obstacle en faisant, suivant le conseil de Pinard, de la dilatation pré-fœtale à l'aide d'un gros ballon de Champe-

tier de Ribes qu'on applique dans le vagin pendant la période de dilatation du col. La distension du bassin mou ainsi obtenue permet une expulsion plus rapide ou une extraction plus facile, surtout du tronc et de l'extrémité céphalique ; il ne faut pas oublier en effet la différence qui existe entre l'accouchement dans la présentation de l'extrémité céphalique et l'accouchement dans la présentation podalique. Dans le premier, la tête une fois sortie, on peut considérer, à part quelques exceptions, dystocie des épaules, la période d'expulsion comme terminée ; dans le second, au contraire, il y a en réalité trois accouchements, celui du tronc, celui des épaules et enfin celui de l'extrémité céphalique, ces différentes portions fœtales étant de plus en plus volumineuses.

Les indications de l'extraction manuelle sont d'origine maternelle et d'origine fœtale ; si les premières sont à peu près les mêmes que les indications de l'application de forceps, il n'en est pas de même des secondes qui sont beaucoup plus fréquentes, comme nous le verrons plus loin.

Les principales indications d'origine maternelle sont la durée excessive du travail, l'état de santé de la mère, tuberculose, emphysème, cardiopathies, en un mot toutes les affections pouvant être influencées par l'effort.

Les indications d'origine fœtale sont plus fréquentes, ce sont l'état de souffrance du fœtus reconnu à l'auscultation, car l'expulsion du méconium n'a aucune valeur dans cette présentation, elle est due à la compression de l'abdomen fœtal qui est constante au cours de l'engagement. Le mode de présentation est souvent aussi une cause de dystocie ; le siège décomplété mode des fesses, qui est le mode de présentation le plus fréquent, tarde souvent à s'engager, d'autant qu'il n'est pas rare de le rencontrer chez les gros fœtus et dans les bassins plus ou moins rétrécis. Le relèvement des membres inférieurs constitue deux attelles au tronc qui est alors incapable de s'incurver pour suivre la filière pelvi-génitale. Très fréquemment aussi l'absence d'engagement, constante avant le début du travail dans la présentation du siège.

s'accompagne d'une rupture prématurée ou précoce des membranes, l'écoulement de tout le liquide amniotique détermine un nouvel obstacle à l'expulsion et devient une source de souffrance pour le fœtus. C'est là un fait clinique que nous avons souvent observé et qui n'est pas suffisamment mis en relief par les livres classiques.

La conduite à tenir et les difficultés varient suivant la région occupée par le siège du fœtus. Lorsque l'indication d'intervenir ne se pose qu'après l'expulsion spontanée de l'extrémité podalique, au moment où le cordon est comprimé entre le bassin et la tête fœtale, les manœuvres destinées à terminer artificiellement l'accouchement sont généralement faciles.

Dans tout accouchement par le siège, même s'il paraît devoir se terminer sans difficultés, il est prudent dès le début du travail de se procurer :

De la farine de moutarde, deux récipients, destinés à servir de baignoire, de larges compresses stérilisées pouvant être remplacées dans la pratique urbaine par des mouchoirs ou des petites serviettes qu'on aura fait bouillir pendant 25 à 30 minutes et qu'on laissera dans l'eau bouillie, des lacs qu'on préparera avec des cordons coupés en tronçons de 50 centimètres et qu'on aura également fait bouillir.

Dès la période d'expulsion on préparera sur une table munie d'un oreiller tout ce qui est nécessaire pour ranimer l'enfant : insufflateur de Ribemont stérilisé, poire, alcool. Chaque récipient destiné à baigner l'enfant sera rempli : l'un d'eau à 37-38°, l'autre d'eau à 18-20°. On veillera également à avoir des linges chauds pour envelopper le nouveau-né à sa naissance.

Si l'extraction paraît devoir présenter des difficultés, on aura avantage à placer la parturiente sur une table résistante recouverte de draps et à recourir à l'anesthésie chloroformique.

La femme étant couchée en position obstétricale, le siège sur le bord du lit, les membres inférieurs soutenus par deux

aides ou reposant sur deux chaises, le praticien, dont les mains sont aseptisées, saisit les deux cuisses du fœtus, la droite avec la main droite et la gauche avec la main gauche, à l'aide de compresses sèches stérilisées ou de linges bouillis et pratique des tractions lentes et continues par en bas, de préférence au moment des contractions utérines de façon à empêcher le relèvement des bras. Dès l'apparition de l'ombilic, il fait une anse au cordon. Saisissant de la main, qui est placée du côté de la paroi ventrale du fœtus, les deux membres inférieurs de ce dernier, il les relève presque verticalement et avec l'autre main (celle qui regarde le dos fœtal), il va à la recherche du bras postérieur, situé dans la concavité sacrée, il en saisit tout le segment huméral à la façon d'un porte-plume, l'extrémité des doigts prenant point d'appui sur le pli du coude, et il l'entraîne hors de la vulve en le poussant en dedans et en bas.

A ce moment il abaisse le corps de l'enfant et avec la même main (main dorsale) il va chercher de la même façon le bras antérieur en évitant de prendre point d'appui sur le milieu de l'humérus qui se fracturerait.

De nouvelles tractions douces sur les membres inférieurs aidées de tractions sur les épaules et au besoin d'expression pratiquée par un aide à travers la paroi abdominale sur l'extrémité céphalique font engager la tête et l'entraînent jusque sur le plancher périnéal.

C'est à ce moment-là seulement qu'on doit avoir recours à la manœuvre de Mauriceau-Pinard étudiée précédemment.

Si, au contraire, l'indication d'intervenir se pose avant l'engagement du fœtus, l'intervention sera plus compliquée et plus difficultueuse.

La femme étant placée dans la position indiquée précédemment, de préférence sur une table, l'accoucheur, dont les mains et les bras auront dû être aseptisés, recouvrira la face dorsale de la main et l'avant-bras tout entier d'une épaisse couche de savon, antiseptique de préférence, moins dange-

reux que la vaseline au point de vue de l'infection. La main choisie est celle qui, placée dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination, regarde la face ventrale du fœtus dont la position et la variété de position auront dû être déterminées d'une façon précise. Ce diagnostic sert non seulement à fixer la main active, mais encore à faire connaître le pied fœtal qu'elle doit saisir.

Il y a avantage en effet à n'en prendre qu'un pour ne pas trop diminuer le volume du siège et pour créer une voie plus large aux régions suivantes plus volumineuses, les épaules et la tête. Mais, s'il y a intérêt à ne saisir qu'un pied, il faut que ce soit *le bon*, c'est-à-dire le pied correspondant à la hanche antérieure, le gauche dans les sacro-iliaques gauches, le droit dans les sacro-iliaques droites. La fesse antérieure, en effet, repose sur la symphyse pubienne comme « l'amazone sur sa selle » et il est nécessaire de « l'en déloger » pour pouvoir faire descendre le siège tout entier.

Le bon pied reconnu, on le saisit en enfourchant entre l'index et le médius la région malléolaire, l'un des doigts passant sur le dos de pied, l'autre prenant point d'appui sur la saillie calcanéenne, et on l'entraîne doucement hors de la vulve. Une fois dehors, on l'entoure d'une compresse qui empêchera le glissement, et on exerce des tractions dans la direction du sol.

Si le pied saisi est reconnu être le mauvais pied (celui qui correspond à la fesse postérieure, le droit dans les S. I. G., le gauche dans les S. I. D.) il faut, surtout s'il ne s'agit pas d'un tout petit fœtus, l'abandonner et aller chercher le bon. Cette manœuvre est préférable à celle qui consiste à transformer le pied postérieur en pied antérieur par un mouvement de torsion dirigée du côté de la paroi ventrale du fœtus, torsion qui peut déterminer des traumatismes graves, surtout si la cavité utérine est privée de tout son liquide amniotique.

Les tractions sont dirigées en bas jusqu'à la sortie de la hanche antérieure, à ce moment elles seront pratiquées ho-

rizontalement pour faire descendre la fesse postérieure. Dès que celle-ci fait bomber le périnée, la direction des tractions doit être modifiée de nouveau et relevée de plus en plus pour finir presque verticalement. Si le membre postérieur ne se dégage pas spontanément, alors que la hanche correspondante est extra-vulvaire, c'est qu'il est complètement relevé ; il faut alors continuer à exercer des tractions sur un seul membre qu'on saisit à pleines mains au niveau de la cuisse, en évitant de placer le pouce sur la paroi abdominale dont le contenu est vulnérable. Les tractions sont de nouveau exercées de haut en bas avec une pause au moment où l'ombilic vient de franchir l'orifice vulvaire. Après avoir pratiqué rapidement l'anse du cordon, il est facile avec la main dorsale d'achever le dégagement du membre postérieur en le portant en légère abduction.

Les deux membres inférieurs étant hors des organes génitaux, l'extraction du reste du fœtus doit être conduite comme nous l'avons indiqué précédemment et aussi rapidement que possible, car le cordon est alors comprimé et le contact des doigts détermine souvent un réflexe qui se manifeste par des mouvements respiratoires du fœtus.

Malheureusement ces deux derniers temps de l'opération ne peuvent pas toujours être exécutés aussi vite qu'il le faudrait. Le dégagement des épaules est parfois entravé par le relèvement des bras et l'engagement de l'extrémité céphalique peut rencontrer des difficultés si les dimensions du bassin sont inférieures à la normale.

Lorsque la tête fœtale ne s'engage pas spontanément sous l'influence des tractions exercées modérément, c'est à la manœuvre de Champetier de Ribes qu'il faut recourir. La main, qui regarde le plan ventral du fœtus, est introduite profondément pour que l'index et le médius puissent pénétrer dans la bouche fœtale. La tête placée en transversale est diagonalisée en portant la bouche du côté de la symphyse sacro-iliaque correspondante; cette manœuvre a pour but de dégager la bosse pariétale postérieure et de la loger

dans la région échancrée placée sur les parties latérales du promontoire. Le deuxième temps consiste à fléchir la tête en appuyant sur le maxillaire inférieur, cette manœuvre est facilitée par une pression sur le front exécutée par un aide à travers la paroi abdominale. Dans un troisième temps, la tête est repoussée du côté occupé par l'occiput relevé; à ce moment on pratique des tractions à la fois sur le maxillaire inférieur et sur le cou fœtal en les dirigeant d'abord à peu près horizontalement pour engager la bosse pariétale postérieure, puis verticalement de haut en bas pour faire descendre à son tour la bosse pariétale antérieure. On imite donc ainsi la nature en favorisant l'engagement par asynclitisme postérieur, puis par un mouvement d'asynclitisme antérieur. Si l'on dispose d'un aide, on l'engagera à continuer ses pressions sur la région frontale au moment des tractions.

Dans un accouchement à terme, il ne faudra jamais tenter une extraction par le siège, si l'on désire un enfant vivant, lorsque le diamètre promonto-sous-pubien mesure moins de 90 millimètres. Dans ce cas, c'est à l'opération césarienne pratiquée au début du travail qu'il faut donner la préférence.

SYMPHYSÉOTOMIE

Le but de la symphyséotomie est d'agrandir le bassin en sectionnant les moyens d'union des deux pubis en avant ; dans ces derniers temps on a proposé de pratiquer la section non plus au niveau de l'articulation, mais au niveau du corps du pubis, *pubiotomie*. La consolidation dans cette dernière opération est plus assurée qu'après la section de la symphyse.

Les indications de l'agrandissement du bassin sont devenues moins nombreuses dans ces dernières années sous l'influence de la rénovation de l'opération césarienne. La symphyséotomie a encore cependant sur cette dernière l'avan-

tage de pouvoir être pratiquée dans tous les milieux, à la campagne par exemple, presque sans aides compétents et avec un arsenal chirurgical restreint.

A l'heure actuelle, il n'existe plus guère qu'une indication absolue, c'est l'*enclavement* de la tête fœtale dans le pelvis, rétréci le plus souvent. Cet enclavement se rencontre particulièrement dans la présentation du front et parfois dans la présentation de la face, lorsque le menton a exécuté son mouvement de rotation en arrière.

Le temps n'est pas très éloigné où la symphyséotomie était considérée comme la seule intervention indiquée, lorsqu'un bassin rétréci avait 8,5 à 9,5 de diamètre *promonto-sous-pubien* et que la tête, débordant en avant la symphyse, ne s'engageait pas. Les résultats obtenus étaient généralement bons, surtout si la parturiente était multipare. Bien que l'opération césarienne tardive ait de nombreux partisans, il faut cependant reconnaître que la symphyséotomie peut et même doit lui être préférée, si la poche des eaux est rompue depuis un certain temps et si les parties molles sont suffisamment étoffées. Interviennent également en sa faveur dans les conditions précédentes le manque d'aides, l'insuffisance de temps pour transporter la femme dans un milieu convenable et pour réunir tout ce que nécessite une opération césarienne : instruments, objets de pansement stérilisés, etc.

Actuellement les indications de la symphyséotomie sont donc uniquement des *indications d'urgence qui sont reconnues au cours du travail*. Toutes les fois que, pendant la grossesse, un accouchement par les voies naturelles aura été jugé impossible, c'est la césarienne qui se trouve indiquée. Toutes les fois, au contraire, que l'obstacle, quelle que soit sa nature, ne paraît pas suffisant pour empêcher l'engagement et le dégagement du fœtus, il est permis d'attendre. On recourra alors à la symphyséotomie, si les événements viennent donner tort aux espérances fondées avant le travail ou au début de celui-ci.

C'est par conséquent dans les cas d'enclavement de la présentation, dans les rétrécissements moyens du bassin et dans l'excès du volume de l'enfant que cette intervention est indiquée, à la condition qu'il n'y ait pas d'infection utérine et que le fœtus vivant n'ait pas déjà été traumatisé par des tentatives d'extraction.

Pour tous les détails de l'opération, nous renvoyons aux traités spéciaux, le cadre de cet ouvrage ne nous permet pas de nous étendre sur le manuel opératoire dont nous indiquerons seulement les grandes lignes.

Soins préparatoires. — Pubis rasé, savonné et desséché à l'alcool ; cathétérisme de la vessie.

Instrumentation. — Bistouri ordinaire et bistouri serpette ou boutonné à lame mince, ciseaux, pince à disséquer, quelques pinces à forcipressure, aiguilles courbes d'Emmet et aiguilles de Reverdin, ou aiguilles courbes et porte-aiguilles. Forceps.

Objets. — Alcool, teinture d'iode, solution de sublimé, eau bouillie ou stérilisée, compresses stérilisées, champs opératoires, crins de Florence ou fils de bronze, gants de caoutchouc.

Cuvettes, brosses à main, savon, bock à injections, table résistante pour l'opération.

Aides. — Un aide médecin pour l'anesthésie et deux aides pour tenir les membres inférieurs.

Manuel opératoire. — 1er Temps : *Section de la symphyse.* — Après avoir fait un badigeonnage de teinture d'iode et repéré la symphyse, incision verticale de 6 à 8 centimètres, commençant au-dessus du bord supérieur de la symphyse et finissant à la base du clitoris ; dissection jusqu'à l'articulation, section verticale (boutonnière) des aponévroses de la ligne blanche directement au-dessus de la symphyse ; section transversale du ligament suspenseur du clitoris, attiré en bas par une pince, directement au-dessous de la symphyse ; introduction dans la boutonnière supérieure de l'index gauche qui accroche en arrière la symphyse, s'il doit

protéger les organes profonds, on pourra en effet le remplacer par la sonde-gouttière de Farabeuf glissée de bas en haut ; section de la symphyse au bistouri boutonné.

Les pubis écartés, bourrer la plaie de gaze stérilisée.

2e Temps : *Extraction du fœtus.* — Faire maintenir les os iliaques pour éviter un écartement trop grand de la symphyse ; extraire le fœtus par le forceps ou la version suivant les conditions, cette dernière est préférable ; pratiquer ensuite la délivrance.

3e Temps : *Fermeture de la plaie.* — Rapprocher les os iliaques et, après toilette de la plaie, appliquer quatre à cinq points de suture profonds rasant les pubis à l'aide de fils de bronze de préférence ou à leur défaut avec de gros crins de Florence ; trois à quatre points de suture superficiels.

Pansement. — Mettre de la gaze antiseptique, recouvrir d'une forte couche de coton, appliquer deux coussinets de coton sur les parties latérales des os iliaques et une ceinture de flanelle tenant bien rapprochés les deux pubis, attacher les membres inférieurs au niveau des genoux.

Suites. — Veiller au fonctionnement régulier de la vessie et de l'intestin, pratiquer le cathétérisme au bout de huit heures.

Retirer les fils superficiels le septième jour et les fils profonds le neuvième ; toucher la plaie à la teinture d'iode.

Faire lever l'opérée le vingtième jour en entourant son bassin d'une ceinture résistante, en coutil par exemple, mais rembourrée sur les parties en contact avec les régions saillantes du pelvis.

SUITES DE COUCHES PHYSIOLOGIQUES

La période des suites de couches comprend pratiquement les trois semaines qui suivent l'accouchement. Anatomiquement, elle s'étend jusqu'à la sixième semaine, époque à laquelle réapparaît habituellement la menstruation chez une femme qui n'allaite pas, c'est le *retour de couches*.

Pendant toute cette période l'utérus subit sa régression normale pour rentrer dans le petit bassin vers le 11e jour ; cette régression s'accompagne d'un écoulement particulier constituant les *lochies* (voir ce mot).

C'est également pendant cette période que se produit la *montée laiteuse,* ordinairement au bout de 48 heures ; le phénomène peut s'accompagner de certains malaises : tension au niveau de la poitrine, maux de tête, accélération du pouls ; mais la température reste normale ou s'élève seulement de quelques dixièmes de degrés : la *fièvre de lait* n'existe pas.

Le médecin doit surveiller avec soin les suites de couches pour dépister tout symptôme anormal et mettre aussitôt en œuvre une thérapeutique chargée d'enrayer toute complication.

Il devra donc visiter l'accouchée au moins une fois par jour pendant la première semaine, tous les deux jours pendant la seconde, ensuite tous les trois jours. Il pourra faire sa dernière visite dans le courant de la quatrième semaine, lorsque la femme aura commencé à se lever.

A chaque visite il examinera méthodiquement l'accouchée et le nouveau-né en portant son attention sur les points suivants :

État du pouls et de la température qui devront être pris et notés régulièrement matin et soir ;

Volume, situation et sensibilité de l'utérus, qui sera palpé avec douceur et dont le fond et les bords seront explorés avec soin :

Aspect, odeur et quantité des lochies ;

État de la vulve, surtout s'il y a eu des déchirures au moment de l'accouchement ou des escharres qui surviennent dans les jours qui suivent ;

Fonctionnement de l'intestin et de la vessie ;

Examen des seins et surtout des mamelons ;

Du côté du nourrisson, il faut le faire déshabiller et examiner :

La région ombilicale,

Les régions mammaires,
La région fessière,
L'état de la grande fontanelle.

On interrogera l'entourage sur la façon dont il tette, sur la quantité de lait absorbé (chaque fois qu'il sera possible de le faire peser), sur le nombre et l'aspect des selles, qu'on se fera présenter, sur l'absence de vomissements, sur son sommeil et ses cris.

Telles sont les grandes lignes que doit suivre le praticien pendant les suites de couches, mais il existe une certaine quantité de points de détail qu'il ne faut pas négliger.

A la première visite, on se renseignera sur les différents événements survenus depuis qu'on a quitté l'accouchée : quantité de sang perdu, tranchées, miction, alimentation, sommeil. En palpant la région hypogastrique, on se rendra compte en même temps que du volume de l'utérus de l'état de la vessie, qui ne fonctionne parfois que par regorgement ; on ne doit recourir au cathétérisme qu'au bout de 24 heures. Il est prudent de revenir sur les prescriptions faites après l'accouchement au point de vue du régime alimentaire, des soins génitaux, des précautions à prendre du côté des bouts de sein, et enfin des moyens destinés à assurer le fonctionnement régulier de l'intestin.

Lors de la visite précédant le lever, il faut pratiquer aseptiquement le toucher vaginal pour se rendre compte du volume et de la situation de l'utérus et passer en revue le système veineux et l'état des téguments des membres inférieurs-surtout s'il y a eu quelques élévations de température pen, dant la période des suites de couches (craintes de phlébite). On conseillera le port d'une ceinture abdominale, on avertira la femme des sensations qu'elle éprouvera, lorsqu'elle fera ses premiers pas : faiblesse des membres inférieurs, fourmillement, raideurs articulaires. On lui fixera-enfin la progression qu'elle devra suivre pour reprendre peu à peu ses habitudes, huit jours sont habituellement nécessaires pour retrouver les forces qu'exige la vie normale.

A la dernière visite on indiquera le jour de la première sortie, les soins à prendre du côté des organes génitaux, l'époque probable du retour de couches et les précautions dont il est prudent de s'entourer à ce moment. Pour aider la régression de l'utérus et surtout la régression des moyens de soutien de cet organe, on prescrira jusqu'à la sixième semaine, c'est-à-dire jusqu'au retour de couches, s'il survient à ce moment, des injections à 48° qui devront être prises dans la position couchée. On emploiera de l'eau bouillie dans laquelle on mettra une cuillerée à potage pour deux litres de :

Liqueur de Labarraque

Ces injections auront du reste été commencées à partir du dixième jour : jusque-là on se contentera des toilettes vulvaires répétées trois fois par jour et après chaque miction et défécation. Ces toilettes seront pratiquées avec un tampon de coton trempé dans la solution suivante :

Verser dans une demi-cuvette d'eau bouillie tiède une cuillerée à café de :

Formol	25	grammes
Alcool.	125	—
Glycérine	Q. S. p. 125	—

Un pansement de coton hydrophile stérilisé devra être maintenu à demeure sur la vulve à l'aide d'un bandage en T ; il sera changé à chaque toilette.

L'intestin fonctionne mal habituellement pendant les suites de couches, aussi est-il nécessaire de prescrire chaque jour un laxatif : une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau de

Poudre laxative du Codex

à prendre vers 10 heures du soir. S'il n'y a pas d'évacuation dans la matinée, on ordonnera un lavement émollient (décoction de racines de guimauve).

Un grand nombre d'infections post-partum sont d'origine intestinale et sont déterminées par le coli-bacille, aussi faut-

il ne pas négliger le fonctionnement de l'intestin pendant toute cette période.

SYPHILIS ET GROSSESSE

De toutes les affections capables d'exercer une action néfaste sur la vitalité de l'œuf, la syphilis est la plus importante. Elle est en effet redoutable non seulement parce qu'elle frappe l'individu dans son organisme, mais encore parce qu'elle s'attaque à l'espèce soit en tuant l'embryon ou le fœtus au cours de leur vie intra-utérine, soit en déterminant des troubles dans son développement, dystrophies et monstruosités, soit en gratifiant le produit de conception d'une tare qui pourra peser sur lui pendant toute son existence et parfois même influer sur ses descendants.

Cette question n'est donc pas seulement d'ordre médical, elle est aussi d'ordre social, elle intéresse toutes les ligues créées par les pouvoirs publics pour lutter contre la dépopulation et contre la mortalité infantile, dont la syphilis est un facteur important.

La syphilis doit sans aucun doute être placée en tête des causes de la stérilité chez l'homme comme chez la femme, stérilité vraie ou stérilité secondaire. l'enfant étant voué à la mort soit pendant sa vie intra-utérine, soit après sa naissance. Chez l'homme, ces lésions peuvent se localiser au niveau des tubes séminifères et par conséquent empêcher le développement des spermatozoïdes ; chez la femme, la sclérose ovarique est capable d'étouffer les ovules.

Grossesse et syphilis influent habituellement l'une sur l'autre. La gravidité en effet entraîne une suractivité circulatoire au niveau de la zone génitale, siège le plus fréquent des manifestations spécifiques, elle retentit presque toujours sur ces dernières et aggrave les accidents. Le chancre, qui survient pendant le cours de la gestation, est plus volumineux et sa durée est plus longue, les plaques muqueuses

génitales prennent un aspect papuleux ou érosif. Les syphilides sont plus accusées et se pigmentent d'une façon plus intense ; le collier de Vénus est plus apparent. Enfin les accidents généraux participent à cette aggravation et la syphilis revêt souvent une forme maligne, lorsque ses premières manifestations éclatent au cours de la gestation.

Nous abordons maintenant la question qui offre le plus d'intérêt au point de vue obstétrical : une femme syphilitique est enceinte ou une femme enceinte devient syphilitique au début ou au cours de sa grossesse, comment évoluera cette dernière?

Dans le plus grand nombre des cas de ce genre la syphilis existe en même temps chez les deux générateurs ; il y a cependant des exceptions, la femme peut avoir contracté l'affection avant son mariage et le père de la grossesse actuelle peut être indemne, ou le père seul est syphilitique. Le retentissement de la syphilis sur l'évolution de la grossesse varie suivant plusieurs facteurs, l'ancienneté de l'infection, sa malignité et le traitement suivi.

Plus la syphilis est récente, plus son action néfaste sur l'œuf est fréquente et accusée. Est-elle ancienne, au contraire, la grossesse peut ne pas être touchée dans son évolution. Il en est de même si une thérapeutique rationnelle a été instituée dès les premiers accidents et continuée pendant un temps suffisant. Mais le traitement peut être insuffisant soit parce qu'il n'a pas été suivi rigoureusement ou qu'il a été abandonné trop tôt, soit parce que les doses prescrites ont été trop faibles, soit parce qu'il est mis en œuvre depuis trop peu de temps ; dans ce cas l'influence de l'infection ne manque pas de se manifester sur l'évolution de la grossesse, que la maladie soit d'origine maternelle ou paternelle.

La caractéristique de la syphilis, c'est de *tuer le produit de conception*. Si celui-ci meurt pendant les premiers mois, alors qu'il est à l'état d'embryon, il peut se dissoudre dans le liquide amniotique et l'œuf devenu corps étranger sera expulsé sous forme d'*œuf clair*. Plus tard, l'état du

fœtus variera suivant sa durée de rétention dans l'œuf avant l'expulsion de ce dernier, qu'il s'agisse d'une expulsion avant le sixième mois, avortement, ou d'une expulsion plus tardive, accouchement prématuré. Le fœtus peut être presque intact si l'expulsion suit de près sa mort, il sera au contraire à un degré avancé de macération, si l'œuf a été retenu pendant plusieurs semaines après la mort du fœtus. En dehors des altérations ayant pour unique origine la macération dans le liquide amniotique, on rencontre souvent chez les fœtus tués par l'infection syphilitique des lésions déterminées par cette dernière : l'ascite, l'hypertrophie du foie et de la rate, l'hydrocéphalie, etc. Les anomalies et monstruosités fœtales sont relativement fréquentes.

Le fœtus naît-il vivant, il peut présenter à sa naissance des stigmates dont le plus commun est le pemphigus. Dans certains cas, il paraît bien constitué et bien développé, son poids dépasse même souvent la moyenne (gros œuf), et ce n'est que plus tard, habituellement dans les quatre premiers mois de son existence, qu'apparaissent les signes de la syphilis héréditaire précoce. Quelquefois, enfin, il ne présente aucune trace apparente de syphilis, mais il s'élève mal, ses digestions sont mauvaises, il perd du poids, se cachectise et meurt. Il peut également mourir subitement dans les premiers temps de son existence; la syphilis crée une sorte d'*inaptitude à la vie*, suivant l'expression de Fournier.

La découverte du spirochète dans les organes fœtaux a permis d'expliquer l'action de la syphilis sur le fœtus, elle peut également donner la clef de cette forme spéciale de l'affection décrite sous le nom de *syphilis par conception*, dans laquelle l'accident primitif n'est jamais constaté (syphilis décapitée). Les adversaires de cette forme prétendent que le chancre peut fort bien avoir existé, mais qu'il a échappé aux yeux de l'observateur à cause de sa localisation dans la profondeur des organes génitaux de la femme.

Il est permis de ranger à côté de cette variété de syphilis

sur laquelle règne encore une certaine obscurité que la réaction de Wassermann n'a pas éclaircie, le fait connu en clinique sous le nom de loi de Baumès ou de Colles. *Un enfant syphilitique né d'une mère indemne ne lui donne jamais la syphilis au cours de l'allaitement.* On ne peut expliquer cette particularité intéressante au point de vue pratique que par le passage d'une sorte de sérum immunisant du fœtus à la mère au cours de la vie intra-utérine. Rapprochons de ce fait l'immunité dont jouit un fœtus sain nourri par une mère ayant une syphilis en évolution, syphilis dont l'accident primitif est survenu à la fin de la grossesse. Il ne contracte pas la maladie (loi de Proféta), car il paraît avoir été vacciné au cours de sa vie intra-utérine. L'avenir nous révèlera peut-être que l'influence de la syphilis d'origine maternelle et de la syphilis paternelle sur le fœtus est complètement différente. Il est impossible de nier actuellement l'action nettement infectante de la première ; les recherches personnelles que nous avons faites sur ce sujet nous ont permis de penser que la syphilis paternelle pouvait agir non pas à la façon d'une infection, mais comme une intoxication, comparable à l'action du saturnisme, de l'alcoolisme, etc., sur la grossesse.

Au point de vue pratique, il ne suffit pas de connaître l'influence de la syphilis sur le développement du produit de conception et en même temps sur l'évolution de la grossesse, il faut aussi savoir que la syphilis peut retentir également sur l'accouchement proprement dit, la délivrance et les suites de couches.

La maladie détermine parfois des altérations du muscle utérin, sclérose du segment inférieur, rigidité du col, capables de modifier la marche du travail. Cette dystocie maternelle est fort rare, alors que la dystocie fœtale d'origine syphilitique est relativement plus fréquente : monstruosités fœtales, excès de volume du fœtus, hydrocéphalie.

Le développement anormal du placenta et les modifications anatomiques de l'œuf dues à la macération du fœ-

tus créent assez souvent des difficultés au moment de la délivrance. La rétention des cotylédons et surtout la rétention des membranes appartenant à un fœtus macéré prédisposent à l'infection, aussi la femme est-elle plus exposée à avoir des suites de couches pathologiques lorsqu'elle expulse un fœtus mort et macéré.

Traitement. — Au point de vue obstétrical, la question doit être étudiée à plusieurs points de vue ; il est nécessaire en effet de traiter non seulement l'individu, mais encore d'instituer le traitement de l'espèce, c'est-à-dire le traitement prophylactique de la syphilis héréditaire.

Lorsque la syphilis est d'origine maternelle, il faut mettre en œuvre le traitement classique de cette affection avec d'autant plus de rigueur que cette dernière sera plus récente ou qu'elle aura été insuffisamment soignée. Si la femme présente des accidents quelconques d'origine syphilitique, on s'adressera de préférence aux sels de mercure en injections hypodermiques ou intra-musculaires. Les résultats discordants donnés par la méthode d'Ehrlich ne permettent pas encore de la préconiser comme un traitement infaillible ; elle n'est du reste pas sans danger, car de nombreux cas de mort ont déjà été signalés.

On injectera tous les jours dans la masse charnue de la fesse *deux centimètres cubes* de la solution suivante :

Benzoate de mercure fraîchement préparé.	0,50 centigr.
Chlorure de sodium chimiquement pur. .	0,40 —
Eau stérilisée.	50 grammes.

ou toutes les semaines *sept à huit gouttes* de la préparation suivante, qui aura dû être chauffée légèrement et agitée :

Mercure purifié.	40 grammes.
Lanoline anhydre stérilisée	12 —
Vaseline blanche.	13 —
Huile de vaseline médicinale purifiée . . .	35 —

Gaucher conseille de pratiquer les injections de benzoate

pendant un mois, de donner ensuite pendant quinze jours à chaque repas une des pilules qui suivent :

Bichlorure de mercure.	}	àà 1 centigr.
Extrait thébaïque.		
Poudre de savon médicinal.	}	Q. S.
Glycérine.		

Pour une pilule.

puis de faire reposer la femme quinze jours.

Cette période terminée, on recommence la série.

Pendant toute la durée du traitement mercuriel, il faudra prendre de grandes précautions du côté de la bouche. Les dents qui auront été examinées et soignées, si c'est nécessaire, seront savonnées et rincées matin et soir à l'aide d'une brosse douce. Après chaque repas, la bouche sera lavée avec de l'eau oxygénée chirurgicale coupée de cinq fois son volume d'eau bouillie tiède.

Lorsque la syphilis est uniquement d'origine paternelle, on peut se trouver en présence de cas bien différents.

I. — *Le médecin peut être consulté par un homme, qui a eu la syphilis et qui désire savoir s'il est en état de procréer sans danger pour l'enfant.* — Une enquête sévère doit être faite sur la date des derniers accidents et sur la façon dont l'affection a été traitée. Même lorsque les accidents remontent à une date éloignée et qu'un traitement convenable a été suivi rigoureusement il est prudent de soumettre le futur père à la thérapeutique préventive que nous indiquons plus loin.

Mais il arrive souvent que le diagnostic de syphilis paternelle n'est porté qu'à la suite d'accidents obstétricaux : avortements répétés, expulsion avant terme ou à terme de fœtus morts et macérés, accouchements d'enfant présentant des traces de syphilis héréditaire, enfants mourant brusquement dans les jours qui suivent la naissance. Dans la plupart de ces cas on aura remarqué que le placenta était volumineux, blanchâtre et que son poids était supérieur au sixième du poids fœtal. Une enquête délicate

vous révèle que le père (interrogé en particulier) a eu anciennement la syphilis, vous devez alors lui donner les conseils suivants :

1° Avant de procréer de nouveau, il devra se soumettre pendant six mois au traitement anti-syphilitique ;

2° Si une grossesse survient après cette période, la femme devra suivre un traitement anti-syphilitique déguisé pendant toute la durée de la grossesse.

Grâce à ces précautions, l'enfant a toutes les chances de naître bien portant, mais il devra malgré cela être nourri par sa mère ou, en cas d'impossibilité, élevé au biberon ; jamais il ne devra être confié à une nourrice.

II. — *Le médecin est consulté pour un début de grossesse et le père l'avertit qu'il a eu anciennement la syphilis.* — Il faut alors le prévenir :

1° Que la femme devra être soumise pendant toute la durée de la grossesse au traitement anti-syphilitique ;

2° Que l'enfant devra également être traité pendant les premiers mois qui suivront sa naissance, même en dehors de tout accident, et qu'il ne devra jamais être confié à une nourrice, quoi qu'il arrive ;

3° Que lui, le père, fera bien, avant de procréer de nouveau, de se soumettre au traitement pendant une durée de six mois.

Il est bien entendu que, si la mère est aussi syphilitique, syphilis connue d'elle ou ignorée, il faudra lui ordonner le traitement pendant au moins six mois avant de lui permettre une nouvelle grossesse. Le traitement sera continué pendant toute la durée de celle-ci et *même pendant l'allaitement.*

Nous n'insisterons pas sur le tact que doit déployer le médecin dans ses différentes enquêtes et dans la façon dont il devra faire accepter le traitement. Il trouvera presque toujours dans le mari un auxiliaire dévoué ; grâce à ce dernier, il pourra faire absorber à la femme des médicaments, dont elle ignorera la composition.

Pinard fait prendre une cuillerée à bouche du sirop suivant au milieu des deux principaux repas :

Bi-iodure d'hydrargyre.	0,10 centigr.
Iodure de potassium.	10 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères . . .	300 —

Cette formule peut être modifiée de la façon suivante en y ajoutant du glycéro-phosphate de chaux, ce qui permet de dire à la femme qu'on la soumet à une médication destinée à bien supporter sa grossesse :

Glycéro-phosphate de chaux.	10 grammes.
Iodure de potassium	10 —
Bi-iodure d'hydrargyre	0,10 centigr.
Sirop de limon	300 grammes.

Si les accidents primitifs ou secondaires de la syphilis apparaissaient chez la femme au cours de sa grossesse, il serait nécessaire d'instituer un traitement plus énergique. On aura recours de préférence aux injections sous-cutanées d'un sel de mercure ; ce mode d'administration du médicament spécifique a une action plus rapide et ne fatigue pas un estomac plus ou moins tolérant.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE

En clinique, les manifestations hérédo-syphilitiques peuvent être prévues et redoutées avant la naissance de l'enfant dans des circonstances nombreuses : aveu d'un des générateurs au cours de la grossesse, absence ou insuffisance de traitement avant la fécondation, date peu éloignée de l'accident primitif, constatations de lésions spécifiques, comme le chancre, les plaques muqueuses, la roséole, les syphilides cutanées.

Dans d'autres cas l'affection n'est que soupçonnée ; les antécédents obstétricaux vous ont appris par exemple que la femme a fait un certain nombre d'avortements ou d'accouchements prématurés accompagnés d'expulsion d'en-

fants morts et macérés ; l'hydramnios apparaissant au cours de la grossesse doit être également un motif de soupçon. Parfois ce n'est qu'au moment même de l'accouchement que le doute doit naître dans notre esprit, le placenta est volumineux, hypertrophié, pâle ou blanc jaunâtre ; son poids ne représente plus le 1/6 du poids fœtal, il en est le 1/3, le 1/4 ou le 1/5. Nous laissons de côté les renseignements fournis par l'examen microscopique, altérations vasculaires du placenta et du cordon, recherche du spirochète de Schaudinn, car il n'est pas à la portée de tous les praticiens.

Il n'est pas rare que les manifestations de la syphilis héréditaire précoce soient constatées à la naissance ou apparaissent dans les jours qui suivent, alors que rien ne pouvait les faire prévoir. Le diagnostic de la nature des lésions ou des accidents hérédo-syphilitiques est d'une importance capitale pour le médecin et la sage-femme, non seulement afin de pouvoir les traiter aussitôt et en arrêter l'évolution, mais encore pour se mettre à l'abri des conséquences graves, qui peuvent résulter d'une absence ou d'une erreur de diagnostic. Les enfants qui en sont atteints ne doivent pas en effet être confiés à une nourrice ; le médecin est rendu responsable par les tribunaux des dommages pouvant résulter de la contamination de celle-ci par le nouveau-né syphilitique.

Les accidents les plus apparents et les plus fréquents se rencontrent au niveau de la peau et des muqueuses ; ils se montrent assez rapidement, d'ordinaire dans les trois premiers mois, certains d'entre eux peuvent cependant exister à la naissance, comme le pemphigus. Ils ne sont pas toujours aussi éclatants que ce dernier et ils doivent bien souvent être recherchés minutieusement, surtout si la syphilis a été nettement reconnue ou seulement soupçonnée chez un des parents.

Parfois les manifestations sont moins accusées et localisées à certains organes. Nous signalerons dans cet ordre

d'idée l'excès de volume du foie et de la rate, l'ascite, l'hydrocéphalie, le développement du système veineux superficiel, particulièrement au niveau de l'extrémité céphalique, l'hypertrophie des testicules, qui sont durs et scléreux et qui sont souvent accompagnés d'hydrocèle vaginale.

Dans d'autres circonstances, c'est l'aspect seul de l'enfant qui attire l'attention, son poids est inférieur à la normale, sa maigreur est extrême, sa peau est terreuse et ridée, son facies est vieillot, le crâne est déformé : crâne natiforme, front olympien, front en carène ; les os du nez sont affaissés.

La plus importante des manifestations cutanées est le *pemphigus* constitué par des bulles dont la dimension moyenne est environ celle d'une lentille et dont le contenu séreux est limpide, laiteux ou sanguinolent. La couche superficielle peut disparaître et mettre le derme à nu sous forme d'une tache arrondie, rouge ou être remplacée par une croûte. Le pemphigus se développe de préférence aux extrémités, face, plante des pieds, paume des mains, et autour de l'anus. Levaditi a démontré la présence des spirochètes dans le contenu des bulles.

Les lésions cutanées sont surtout papuleuses, parfois gommeuses. Au niveau des muqueuses de la bouche, de la langue, du voile du palais, elles prennent l'aspect d'ulcérations. Ce sont des plaques muqueuses au niveau des lèvres et des organes génitaux, vulve ou scrotum ; autour des orifices naturels, commissure de la bouche, plis anaux, elles revêtent la forme de *fissures*. Les syphilides érosives déterminent du côté des fosses nasales un écoulement séro-purulent tenace et abondant (coryza syphilitique), qui se concrète parfois sous forme de croûtelles constituant une gêne pour la respiration et pour la succion.

Quelquefois les lésions au lieu de rester disséminées s'étendent en surface ; c'est particulièrement dans la région fessière et ano-scrotale qu'on les rencontre sous forme d'érythème cuivré simple ou papuleux.

Signalons également comme autres manifestations d'ori-

gine syphilitique : les hémorragies ombilicales et surtout gastro-intestinales, le défaut d'accroissement et même les pertes de poids qu'aucune faute alimentaire n'explique, les troubles gastro-intestinaux rebelles et enfin la mort subite.

Traitement. — Nous laisserons de côté le traitement prophylactique à appliquer chez la femme enceinte, car nous l'avons étudié précédemment dans un article spécial. Le traitement du nouveau-né atteint de manifestations syphilitiques ne consiste pas seulement à instituer une médication curative, il nécessite également un mode d'alimentation qui soit favorable à son développement et des soins locaux minutieux pour le mettre à l'abri des infections secondaires qui le guettent.

a) *Alimentation*. — L'alimentation idéale pour tous les enfants et particulièrement pour les petits syphilitiques, dont les organes digestifs peuvent être altérés, est le lait de femme. Celui-ci est un lait vivant répondant à ses besoins. Or, comme *il ne peut être question de nourrice*, l'allaitement doit être maternel. Ce mode d'alimentation est parfois insuffisant, souvent à cause de la faiblesse du nourrisson qui tette mal; il faut alors recourir à l'allaitement mixte ; mais il est préférable pour activer la sécrétion mammaire dans le cas de succion imparfaite, de tirer le lait après chaque tétée et de le donner à la cuiller ou au biberon. Est-on en présence d'un prématuré syphilitique incapable de téter ou même d'avaler le lait, qui lui est versé dans la bouche après avoir été recueilli au moyen d'une téterelle, on devra le gaver. Les quantités de lait seront proportionnées à son poids, il y a souvent avantage chez les prématurés à donner des repas peu abondants, mais plus nombreux, toutes les heures ou toutes les heures et demie.

Si l'allaitement maternel est impossible : sécrétion nulle, situation sociale ou état de santé de la mère., etc, c'est au lait d'animal qu'il faut s'adresser. L'emploi d'une nourrice

syphilitique, possible en théorie, ne l'est guère en pratique à cause du secret qu'il serait nécessaire de divulguer. Une nourrice saine tirant le lait de chaque tétée courrait des risques de se contaminer, si elle n'était pas avertie des dangers auxquels elle est exposée. Pour la prévenir, on serait donc obligé de révéler la nature de l'affection de l'enfant, et les parents seuls pourraient le faire; d'autre part, une fois prévenue, il est peu probable qu'elle accepte cette situation. Ce mode d'alimentation peut par conséquent être considéré comme impraticable.

Nous sommes donc réduits au lait d'animal; le lait d'ânesse rend de grands services chez les prématurés, mais il ne supporte pas l'ébullition et il expose par cela même l'enfant à des troubles gastro-intestinaux s'il n'est pas recueilli très aseptiquement ; il est de plus fort cher et il n'existe pas partout. C'est alors au lait de vache stérilisé et coupé d'eau bouillie qu'il faut s'adresser. Les objets qui serviront à le donner au nourrisson, biberons, tétines, cuillers, verres, gaveuse, seront l'objet de soins tout particuliers : on les fera bouillir tous les jours et on les conservera à l'abri de l'air dans un récipient couvert et rempli d'eau bouillie; ils *devront surtout ne servir qu'à lui.*

b) *Soins généraux.* — La bouche de l'enfant sera lavée plusieurs fois par jour avec de l'eau bouillie, de l'eau de Vichy ou avec une solution de borate de soude, elle sera surveillée régulièrement au point de vue des ulcérations et du muguet; on prendra les mêmes précautions du côté des fosses nasales. Les téguments externes seront tenus dans un état de propreté rigoureux : lavages, bains, frictions. Enfin, s'il s'agit d'un prématuré, il sera réchauffé en l'entourant d'ouate, enveloppée elle-même de taffetas chiffon si c'est nécessaire, en plaçant des boules d'eau chaude dans le berceau et en maintenant la température élevée, 20 à 22°, dans la chambre de l'enfant.

c) *Soins locaux.* — Les syphilides siégeant dans les régions constamment souillées par l'urine ou par les matières

fécales doivent être traitées localement. Elles seront lavées avec une solution de sublimé à 1 p. 4.000 ou d'eau oxygénée coupée de deux fois son volume d'eau bouillie, puis saupoudrées avec :

Oxyde de zinc	5 grammes
Bismuth.	10 —
Talc	20 —

ou enduites avec une des pommades suivantes :

Sous-nitrate de bismuth	4 grammes
Oxyde de zinc	5 —
Vaseline. . . . . }	ââ 25 —
Lanoline. . . . . }	

ou

Calomel.	1 gramme
Vaseline.	30 grammes

ou encore :

Oxyde jaune de mercure	0,50 centigr.
Vaseline.	20 grammes

Si les lésions cutanées s'étendent, on peut pratiquer à leur niveau de légers attouchements avec un bourdonnet de coton imbibé d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 20 ou 1 p. 40.

Le coryza sera traité par des nettoyages fréquents des narines au moyen d'un fin tampon d'ouate hydrophile stérilisée et imbibée d'une solution de borate de soude. Deux ou trois fois par jour on instillera également dans chaque narine 4 ou 5 gouttes de :

Eau oxygénée à 12 volumes	1 partie
Eau stérilisée	4 parties

Et le soir on y mettra gros comme une lentille de pommade au calomel à 1 p. 40.

d) *Traitement mercuriel.* — Nous n'avons pas l'intention de passer en revue toutes les méthodes d'administration du mercure qui ont été préconisées; nous signalerons seule-

ment celles qui paraissent donner les meilleurs résultats et qui sont d'une application pratique.

Dans les cas bénins on aura recours à la voie digestive et à la voie cutanée en alternant de façon à laisser reposer tantôt la peau, tantôt le tube digestif. Une bonne préparation mercurielle est la

Liqueur de Van Swieten

qu'on donne en trois fois à la dose d'une trentaine de gouttes par jour. Chez le nouveau-né, on commencera par deux gouttes le matin, dans le milieu de la journée et le soir; on les mettra dans une cuillerée à café de lait tiré par la mère et on augmentera tous les jours ou tous les deux jours chaque prise d'une goutte jusqu'à six. L'enfant élevé au sein supporte habituellement bien ce mode d'administration du mercure, tandis que chez celui qui est nourri au lait de vache, il n'est pas rare de voir apparaître de l'intolérance gastrique et des troubles intestinaux, diarrhée liquide ou diarrhée verte.

Gaucher a substitué à la liqueur de Van Swieten le *lactate neutre de mercure au millième* qu'on peut donner au nouveau-né à la dose de 10 à 20 gouttes en trois fois.

Pour permettre à l'estomac de se reposer ou dans le cas d'intolérance gastrique, on s'adresse à la voie cutanée, qui a l'avantage d'être une méthode à la portée de tous. On prescrit soit de l'onguent mercuriel double (onguent napolitain), soit de l'onguent simple (mélange à parties égales d'onguent napolitain et d'axonge benzoïnée), dont on emploie chaque fois gros comme un pois ; la quantité nécessaire à chaque séance peut être ordonnée sous forme de cartouches de 1 gramme. Les régions sur lesquelles seront pratiquées les frictions devront varier tous les jours ; les lieux d'élection sont les côtés droit et gauche du thorax, les creux axillaires, la face interne des bras, les plis de l'aine et la face interne des cuisses. La peau est d'abord lavée au savon, puis on applique à son niveau la quantité d'onguent

prescrite au moyen d'un petit morceau de flanelle, qui sert à pratiquer la friction, celle-ci doit être douce et durer cinq minutes ; le morceau de flanelle est ensuite laissé à demeure jusqu'au lendemain. A ce moment il faut nettoyer la région avec de l'eau savonneuse tiède.

Les reproches qu'on peut adresser à cette méthode sont d'irriter parfois la peau et de dévoiler la nature de l'affection.

Les *injections sous-cutanées* sont indiquées dans les cas de syphilis grave et après l'échec ou l'intolérance des autres modes de traitement. La préférence doit être accordée aux sels de mercure solubles et parmi ceux-ci au *bi-iodure* et au *benzoate*. La seringue, d'une contenance de 1 centimètre cube, sera en verre et bien calibrée ; la région fessière, malgré les souillures auxquelles elle est exposée, est encore la région la meilleure, à la condition de pratiquer l'injection à sa partie supérieure (point de Barthélemy). Elle sera savonnée, rincée, frottée à l'éther, puis au sublimé, l'aiguille d'abord flambée est enfoncée d'un coup sec perpendiculairement à la surface cutanée. L'injection est poussée lentement, l'aiguille est ensuite retirée rapidement, et un tampon d'ouate est appliqué sur la piqûre et légèrement comprimé. Les injections seront faites par séries de 10, suivies de dix jours de repos.

Bi-iodure d'hydrargyre	0,02 centigr.
Iodure de potassium	0,02 —
Phosphate tribasique de soude	0,04 —
Eau distillée et stérilisée	10 centim. c.

Injecter un quart à une demi-seringue.

ou

Benzoate de mercure	0,50 centigr.
Chlorure de sodium chimiquement pur . .	0.75 —
Eau distillée et stérilisée.	100 grammes

Injecter 8 à 20 divisions de la seringue.

Si l'enfant ne peut pas être suivi tous les jours (consultations de nourrisson), les injections de sels insolubles peu-

vent à la rigueur être employées ; dans ce cas c'est à l'huile grise qu'il faut s'adresser ; son seul inconvénient est de provoquer des petites nodosités. On injectera une division de la seringue de Barthélemy tous les 8 jours par séries de 5 à 6 :

Mercure purifié.	20 grammes.
Lanoline	20 —
Huile de vaseline	20 —

Chauffer légèrement le flacon et l'agiter avant de puiser le liquide avec la seringue.

L'aiguille est d'abord seule enfoncée ; après avoir constaté qu'aucune goutte de sang ne vient sourdre à son extrémité libre, on adapte la seringue et on pousse lentement l'injection. La seringue enlevée, on applique la pulpe de l'index sur l'orifice de l'aiguille qu'on retire rapidement. Il faut se souvenir que la capacité d'une aiguille de 0.012 millimètres de long correspond à une demi-division de la seringue.

TRANCHÉES UTÉRINES

Les tranchées utérines sont des contractions douloureuses de l'utérus ; on peut les rencontrer pendant toute la vie génitale de la femme tantôt au moment des périodes menstruelles, tantôt après l'accouchement. Ce sont ces dernières qui nous intéressent particulièrement ; cependant la thérapeutique symptomatique, que nous indiquerons pour les tranchées du post-partum, peut aussi s'appliquer aux coliques menstruelles. Celles-ci cependant réclament souvent un autre traitement, qui s'adressera à la cause : déviations et flexions du corps utérin, atrésie du col, etc.

Les tranchées sont plus fréquentes chez les multipares, et souvent en raison directe de la multiparité ; elles sont au contraire rares chez les primipares. Elles apparaissent dans les heures qui suivent l'accouchement, et elles peuvent durer pendant plusieurs jours, bien qu'en général elles ne dépas-

sent pas 48 heures. Habituellement spontanées et intermittentes avec une fréquence variable elles sont souvent réveillées par un mouvement de l'accouchée, un contact avec la paroi abdominale ou avec les organes génitaux externes, une réplétion du réservoir vésical ou rectal et surtout par les mouvements de succion du mamelon par le nouveau-né. Leur intensité varie avec les sujets ; très légères chez les unes et facilement supportables, elles sont parfois d'une intensité telle qu'elles arrachent de véritables cris et qu'elles empêchent tout sommeil.

En pratique il ne faut jamais manquer de les annoncer à l'accouchée, surtout si celle-ci est multipare, sinon on s'expose à être rappelé dans les quelques heures qui suivent l'accouchement. Il est prudent de prescrire d'avance le traitement, qui doit leur être appliqué dès leur apparition et continué, si les contractions persistent.

Traitement. — Cette thérapeutique varie avec les auteurs. Les uns ont recours aux opiacés, poudre de Dower 0,15 à 0,20 centigrammes, élixir parégorique 5 à 15 grammes, laudanum XV à XX gouttes dans 100 grammes d'eau en lavement ; d'autres s'adressent au sirop de chloral, deux à trois cuillerées à potage dans les 24 heures, au bromure de potassium, 2 à 4 grammes en potion, etc.

Les médicaments qui nous ont toujours donné les meilleurs résultats, sont l'*antipyrine* et le *pyramidon* que nous faisons prendre de la façon suivante :

Mettre dans trois quarts de verre d'eau bouillie tiède un paquet de *cinquante centigrammes d'antipyrine* ou de *pyramidon*, et donner cette solution en lavement en se servant d'une poire en caoutchouc. Ce lavement, qui doit être gardé, sera précédé d'un premier lavement évacuateur si c'est nécessaire ; il pourra être renouvelé une ou deux fois dans les 24 heures. S'il y a eu des tranchées supportables dans la journée, il sera prudent de donner un de ces lavements vers 10 heures du soir pour permettre à l'accouchée de dormir.

THROMBUS PUERPÉRAL

Parmi les traumatismes déterminés par la progression du fœtus dans la filière pelvi-génitale et par son expulsion il faut placer le thrombus. On est convenu d'entendre sous cette dénomination non pas, comme on pourrait le supposer, une coagulation vasculaire, mais un épanchement sanguin qui se produit dans l'épaisseur des tissus. Il s'agit donc au point de vue anatomo-pathologique d'un véritable *hématome.*

Cet accident, qu'on rencontre parfois pendant la grossesse, survient plus souvent au cours du travail. Bien que l'accouchement soit la cause de la lésion initiale, c'est-à-dire du décollement des tissus avec arrachement des vaisseaux qui y sont contenus, les conséquences, épanchement sanguin dans la cavité de nouvelle formation, n'apparaissent qu'après l'expulsion du fœtus et plus souvent encore une fois la délivrance terminée.

Le thrombus est plus fréquent chez les primipares que chez les multipares, et on le rencontre plus souvent à droite qu'à gauche. Il siège au point de vue anatomique dans le tissu cellulaire péri-vaginal, tantôt à la partie moyenne du canal, tantôt à sa partie antérieure. Il n'est pas rare de voir l'épanchement fuser soit vers la superficie du côté des grandes lèvres, de la région fessière, de la partie interne des cuisses, soit au contraire du côté du grand bassin dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il ne faut pas le confondre dans ce cas avec certains hématomes dus à la déchirure latérale du segment inférieur de l'utérus.

Son volume varie de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle d'une tête d'adulte. Lorsqu'il est petit et profond, il passe certainement très souvent inaperçu, aussi sa fréquence est-elle en réalité plus grande qu'on ne le dit. Il faut qu'il atteigne certaines dimensions, volume d'un œuf de poule au

moins, pour attirer l'attention. On doit toujours y penser et le rechercher, lorsqu'au cours du travail et surtout après l'accouchement la femme accuse des *douleurs* vives dans la région vulvo-vaginale ou des douleurs aiguës irradiées du côté des reins ou des cuisses.

Examinant alors la région vulvo-périnéale, on aperçoit, s'il s'agit d'un thrombus superficiel, une tumeur, qui semble oblitérer l'orifice vulvaire et qui est constituée par une des grandes lèvres augmentée de volume, comme il est facile de s'en rendre compte par la recherche des connexions de la tumeur. Elle atteint habituellement la grosseur d'un gros œuf à grand axe antéro-postérieur, parallèle à l'entrée de la vulve; mais on en a signalé ayant les dimensions d'une tête de fœtus. Sa coloration est caractéristique, elle est nettement violacée, comme dans toutes les collections sanguines récentes et superficielles.

Sa consistance est plus ou moins ferme, élastique ou fluctuante suivant la tension du liquide qui en constitue le contenu.

Il arrive parfois que la découverte de cette masse n'est qu'un résultat du hasard ; c'est en voulant donner des soins locaux à la nouvelle accouchée que le médecin ou la garde est frappé par l'existence de cette tumeur, qui s'est développée sournoisement sans attirer l'attention.

Si l'examen local n'a rien révélé et que la femme accuse des douleurs aiguës profondes, c'est au toucher qu'il faut s'adresser. Le doigt bien aseptisé, qui pénètre dans le vagin, est rapidement arrêté par un obstacle lisse, plus ou moins élastique, souvent fluctuant, qui donne l'impression d'une poche des eaux très tendue. Le doigt qui l'explore se rend compte que cette tumeur est sessile et qu'elle se continue avec une des parois du vagin ; du côté opposé, en effet, le doigt rencontre un sillon dans lequel il peut pénétrer pour continuer son chemin vers le fond du conduit vaginal, à la condition que le thrombus ne soit pas trop volumineux et qu'il n'oblitère pas tout le vagin. C'est dans cette variété

d'hématome que la femme accuse souvent un véritable ténesme et des envies de pousser comme pendant la période d'expulsion.

Traitement. — Le diagnostic une fois posé, que doit-on faire? Dans la majorité des cas, il faut s'abstenir de toute intervention, c'est du reste un enseignement que nous donne l'évolution habituelle du thrombus. Le plus souvent, en effet, celui-ci se résorbe, la tumeur diminue de volume, comme il est facile de le constater dans les formes vulvaires ; sa consistance devient plus ferme, sa coloration est plus foncée et les régions voisines offrent dans les jours, qui suivent l'apparition de la tumeur, une teinte bleuâtre, puis jaunâtre. Le retour à l'état normal est d'ordinaire très long à se réaliser, quelques semaines et même un ou deux mois. S'abstenir de toute intervention ne signifie pas ne rien faire, il faut encore redoubler de soins antiseptiques : injections fréquentes données avec beaucoup de douceur et avec le minimum de pression si le thrombus est vaginal ; lavages locaux, surveillance attentive et protection de la tumeur dans le cas où elle est superficielle.

L'intervention immédiate ne s'impose que dans trois circonstances relativement rares : 1° signes d'hémorragie interne grave, pouls petit et rapide, éblouissements, nausées, tendances syncopales ; 2° thrombus rompu spontanément ; 3° volume considérable et douleurs tellement vives, qu'elles empêchent tout repos. Il est nécessaire d'ajouter à ces indications, si l'accouchement n'est pas terminé, un obstacle à l'expulsion du fœtus ou du placenta.

Dans tous ces cas l'intervention consiste à pratiquer une incision de 3 à 4 centimètres à la partie la plus déclive de la tumeur sanguine ou à agrandir l'ouverture spontanée, lorsqu'elle paraît insuffisante ; on évacue ensuite le contenu, sang et caillots, et on termine par une compression modérée au moyen de gaze antiseptique. Le tamponnement doit être fait extérieurement au thrombus et non dans la cavité de celui-ci, car ce qu'il faut chercher avant tout, c'est

l'accolement des parois pour amener une guérison plus rapide. Le pansement sera changé au moins une fois par jour, s'il s'agit d'un thrombus vaginal, plus souvent dans la forme vulvaire ; on donnera chaque fois une injection vaginale antiseptique pour entraîner les lochies et empêcher l'infection de la cavité.

L'intervention peut être tardive, elle est alors commandée par l'apparition de complications : rupture spontanée, habituellement due à la chute d'une plaque de sphacèle, nécrose d'une grande partie de la paroi de la poche, suppuration. Il faut alors inciser plus largement, évacuer les caillots au moyen du doigt ou d'une curette mousse, en évitant de gratter la paroi externe, laver la cavité avec un liquide chaud, antiseptique mais non toxique et coulant sous faible pression, puis tamponner extérieurement comme nous l'avons indiqué précédemment. S'il s'agit d'un thrombus suppuré, il faut le traiter à la façon d'un phlegmon ; l'ouverture sera faite à la partie la plus déclive, elle sera aussi étendue que possible pour permettre une évacuation complète et le lavage sera suivi d'un drainage.

On peut encore avoir à intervenir très tardivement dans le cas où la tumeur ne se résorbe pas au bout de trois à quatre semaines, elle se présente alors sous la forme d'une masse dure stationnaire. La technique est la même que celle que nous avons décrite à propos de l'intervention immédiate, mais la poche doit être curettée avec beaucoup de précautions, quelquefois même le contenu ne peut être enlevé que par une véritable dissection, comme s'il s'agissait d'extirper une tumeur sous-cutanée.

Il est bien entendu qu'il faut traiter l'état général chaque fois que l'indication s'impose ; on combattra les pertes sanguines par des injections sous-cutanées de sérum artificiel, par des injections d'éther et par des boissons chaudes alcoolisées s'il y a des tendances syncopales.

TAMPONNEMENT

L'expression « tamponnement » employée sans adjectif désigne, en langage obstétrical, le tamponnement vaginal ; il a joui autrefois d'une grande vogue comme traitement des hémorragies utérines de la grossesse, du travail ou de la délivrance, il est aujourd'hui à peu près universellement abandonné, ce qui est peut-être un peu excessif. Le gros grief dirigé contre lui est qu'il est illogique de tamponner le vagin pour arrêter une hémorragie utérine et ce reproche est fondé, quand il s'agit par exemple d'une hémorragie par inertie utérine, il l'est beaucoup moins à notre avis quand il vise l'hémorragie par insertion du placenta sur le segment inférieur ; dans ce cas, en effet, quand le vagin est *correctement* tamponné, le tampon applique plus étroitement le segment inférieur sur la présentation, surtout s'il s'agit d'un sommet. On conçoit très bien qu'une grande partie du placenta anormalement inséré puisse être efficacement comprimé à travers la paroi du segment inférieur et des culs-de-sac vaginaux. De plus, le tampon excite par sa présence les contractions utérines et son rôle est par là encore très utile.

Nous avons insisté dans un précédent article sur l'efficacité de la rupture large des membranes dans ces hémorragies, mais il n'est pas mauvais que le praticien puisse disposer d'un autre moyen susceptible de renforcer le premier en cas d'échec. On objectera peut-être que le meilleur de ces moyens, c'est le ballon, qu'il soit de Champetier ou de Boissard. Il suffit d'avoir manié des ballons hors de l'hôpital, dans la pratique de ville ou de campagne, pour savoir à quelles difficultés on se heurte pour avoir sous la main au moment voulu un ballon en bon état qui ne crève pas à la première introduction de liquide. C'est à cause de cela que nous sommes persuadés de l'utilité pratique du *tamponnement bien fait*.

A côté du tamponnement obstétrical prend place le tamponnement chirurgical, dans lequel le tampon est appliqué directement sur le point qui saigne. C'est ainsi que le tamponnement intra-utérin est d'application courante, il a été employé également dans les déchirures du col et du segment inférieur pour réaliser l'hémostase et le pansement occlusif des lésions.

Nous exposerons successivement les indications, puis le manuel opératoire de ces deux variétés de tamponnement.

Indications. — *a*) Du tamponnement vaginal employé comme hémostatique.

C'est en première ligne l'hémorragie par insertion du placenta sur le segment inférieur, nous ajouterons : *dans les cas où la déchirure large des membranes ne suffit pas à enrayer l'hémorragie.*

Puis les plaies saignantes du col et du vagin, lorsqu'il est impossible de réaliser une hémostase directe par ligature et pincement des vaisseaux ou suture des lésions. A côté de cet emploi comme hémostatique, on peut utiliser le tamponnement vaginal comme excitateur des contractions utérines lorsqu'elles sont insuffisantes.

On peut encore s'en servir comme rétropulseur à action progressive et relativement lente dans les cas d'inversion utérine non immédiatement réductible.

b) Du tamponnement utérin.

Ce sont : les hémorragies utérines après l'accouchement ou l'avortement, lorsqu'elles ne cèdent pas aux autres moyens et notamment à l'évacuation absolue de tout ce que peut contenir la cavité utérine, placenta, membranes ou caillots, ou encore lorsque, l'hémorragie étant arrêtée, on ne peut pas rester un temps suffisant auprès de la malade.

Manuel opératoire. — *a*) Tamponnement vaginal.

On se servait autrefois de bourdonnets de charpie reliés en série par un fil, simulant une queue de cerf-volant. Actuellement le coton a remplacé la charpie et rien n'est plus aisé que de conserver dans une boîte soudée, stérilisée

à l'autoclave, une quantité suffisante de ces queues de cerf-volant comprenant chacune 6 à 8 tampons de coton du volume d'une grosse noix. Ces pansements existent tout préparés industriellement, en tout cas rien n'est plus facile que d'en faire préparer sur commande et d'en avoir chez soi une petite provision dont la conservation est indéfinie tant que la boîte n'a pas été ouverte. Le nombre des tampons à garder ainsi en réserve doit être assez considérable, Pajot, dans son style si pittoresque, avait coutume de dire qu'il en fallait plein son chapeau haut de forme et il avait la tête volumineuse. Si on tient compte de ce fait que le vagin bien tamponné doit être distendu au maximum, c'est-à-dire jusqu'au contact des parois du petit bassin, on voit qu'il faut avoir un nombre de tampons suffisants pour remplir l'excavation pelvienne.

Pour qu'un tamponnement au coton hydrophile soit efficace, il faut l'imperméabiliser au moins partiellement, sans cela il se laisse traverser par le sang avec la plus grande facilité. On peut le faire par un procédé très simple, facile à mettre en œuvre partout et qui assure en même temps la stérilisation du coton, si celle-ci n'a pas été faite antérieurement. Il suffit de porter de la vaseline, de l'huile ou de la graisse à l'ébullition dans une vulgaire poêle à frire. Les cotons qu'on jette dans ce bain sont à la fois graissés et stérilisés, il n'y a plus qu'à les laisser refroidir suffisamment.

L'application du tamponnement est simple, on peut le faire, en cas d'urgence et faute d'instruments, avec une simple pince à pansement guidée par les doigts de l'autre main ; mais il faut, toutes les fois qu'on le peut, se servir de valves qui permettront d'appliquer les tampons beaucoup plus méthodiquement.

A moins d'extrême urgence l'application doit être précédée d'une toilette et d'une injection minutieuses.

On tamponne d'abord les culs-de-sac vaginaux et l'orifice externe du col avec du coton hydrophile non imbibé de graisse pour faciliter la formation de caillots, puis, quand

le fond du vagin est ainsi garni, on se sert des tampons graissés pour parfaire le tamponnement qui doit, nous ne saurions trop le répéter, distendre le vagin au maximum. Il suffit de chercher toujours à introduire de nouveaux tampons entre la paroi vaginale et ceux qui sont déjà placés et de procéder de la profondeur vers la vulve.

Le tamponnement ainsi fait est douloureux et pénible à garder. il peut exposer à l'infection quand l'asepsie a été insuffisante. On ne peut guère le laisser en place plus de vingt-quatre heures.

Ces inconvénients incontestables ont donné beau jeu à ses adversaires ; il n'en subsiste pas moins que, malgré ses nombreux défauts, il peut rendre de très grands services lorsqu'on l'emploie à propos.

Nous serons très brefs sur la pratique du tamponnement utérin pour lequel on se sert non plus de coton mais de gaze en lanières de plusieurs mètres de long et de 2 à 5 centimètres de large, ourlée ou bordée pour qu'elle ne s'effiloche pas. On peut employer de la gaze stérilisée simple ou de la gaze à l'iodoforme ou au peroxyde de zinc. Ces mèches de gaze se trouvent toutes préparées dans le commerce, il faut rejeter celles qui seraient simplement empaquetées dans du carton et employer exclusivement celles qui sont renfermées dans des boîtes de verre ou de métal.

En principe, il faut toujours tamponner l'utérus sous le contrôle de la vue et par conséquent avec un spéculum ou des valves. En cas d'urgence après l'accouchement, on peut à la rigueur tamponner sous le contrôle des doigts.

Le principe est toujours le même, tamponner de la profondeur vers l'orifice utérin. Il est indispensable, quand on fait le tamponnement *de visu*, de fixer la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux, et la meilleure pince pour porter la gaze est une pince légèrement courbe sur le plat, longue et rigoureusement lisse sur les deux faces internes des mors ; cette pince a des anneaux comme une pince à pansement, il est inutile qu'elle porte une crémaillère de serrage.

On a imaginé des instruments spéciaux pour le tamponnement de la cavité utérine dans le but de faciliter cette petite opération et d'éviter la souillure de la gaze au contact des parois vaginales. Si on les possède, ils rendront service, mais ils ne sont nullement indispensables. Rien n'est plus facile en tamponnant, avec une valve ou un spéculum que d'empêcher le contact de la gaze et des parois vaginales.

TOUCHER MANUEL

Le toucher manuel est un procédé d'investigation relativement peu employé dans la pratique obstétricale, à laquelle il peut rendre cependant de très grands services. Nous avons constaté à maintes reprises que des erreurs de diagnostic et par cela même des interventions non indiquées et souvent dangereuses n'avaient été faites que parce qu'on avait négligé d'avoir recours à cette méthode d'exploration. Un grand nombre de traumatismes fœtaux et maternels parfois suivis de morts reconnaissent pour cause une absence de toucher manuel : savoir l'employer en temps voulu, ce sera souvent éviter à la mère et à l'enfant des accidents quelquefois redoutables. Nous croyons donc utile de rappeler ici les différents cas dans lesquels on devra pratiquer le toucher manuel soit pour confirmer un diagnostic hésitant, soit surtout pour rechercher l'obstacle qui empêche un accouchement de se terminer normalement, soit enfin pour découvrir la cause de certaines complications qui peuvent survenir au cours du travail et après l'expulsion du fœtus.

Le toucher manuel est l'introduction de la main dans les organes génitaux internes de la femme dans le but d'explorer le vagin, l'extérieur du muscle utérin, la cavité pelvienne et les organes voisins de l'utérus ; il peut aussi être destiné à conduire la main jusque dans l'intérieur de la matrice, et il devient alors le toucher intra-utérin.

Pour l'exécuter, il faut commencer par vider les réservoirs, vessie et rectum, puis faire une toilette savonneuse des organes génitaux internes et une injection vaginale antiseptique. La femme sera ensuite couchée dans la position obstétricale, le siège très rapproché du bord du lit; les jambes seront fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin; les membres inférieurs seront écartés; dans certaines circonstances exceptionnelles, le toucher manuel sera pratiqué dans la position génu-pectorale ou de Trendelenburg. Le médecin se savonnera et se brossera avec soin les mains et les avant-bras, il les plongera dans une cuvette remplie d'alcool à 90°, puis dans une solution antiseptique forte; il faudra d'autant plus redoubler de précautions qu'on fera le toucher pendant le travail ou après l'accouchement.

La face dorsale de la main, qui doit pénétrer dans les organes génitaux, sera enduite avec soin de vaseline stérilisée ou de savon pâteux antiseptique.

Se plaçant directement devant la femme, entre les deux cuisses, le médecin saisira le fond de l'utérus avec la main libre pour le maintenir pendant la durée de l'examen, les doigts de la main active seront réunis de façon à réduire le volume de cette dernière et à lui donner la forme d'un cône.

Elle sera introduite avec douceur et poussée très lentement, afin de distendre peu à peu l'orifice vulvaire et d'éviter les traumatismes du périnée et de la vulve. Dès que le plus grand diamètre de la main, correspondant aux articulations métacarpo-phalangiennes, a dépassé l'anneau vulvaire, l'obstacle le plus important est franchi.

Le toucher manuel est souvent très douloureux et, pour le pratiquer, on est fréquemment obligé d'avoir recours à l'anesthésie générale. Celle-ci a l'avantage de supprimer non seulement la douleur, mais aussi les contractions musculaires, ce qui permet de ne pas se presser et de faire un examen plus complet. L'anesthésie est surtout indiquée chez les femmes nerveuses et chez les primipares; ces

dernières ont toujours un anneau hyménéal intact, qui demande un certain temps avant d'être forcé ; c'est dans ces cas qu'il faut particulièrement agir avec beaucoup de lenteur et de douceur. L'anesthésie ne pourra pas être employée, si le toucher manuel doit être fait dans la position génu-pectorale.

Pour rester sur le terrain clinique, nous partagerons ce travail en trois parties et nous indiquerons les avantages qu'on peut tirer du toucher manuel : 1° pendant la grossesse ; 2° pendant l'accouchement, et 3° après l'expulsion du placenta.

1° Pendant la grossesse.

Pendant la grossesse, les indications sont beaucoup plus rares qu'au cours du travail : on peut être amené cependant à faire un toucher manuel dans diverses circonstances, soit pour rechercher l'existence d'une grossesse dans un utérus anormalement développé ou déplacé par la présence d'une tumeur de voisinage, soit pour établir le diagnostic de grossesse extra-utérine, soit encore pour trouver le col d'un utérus dévié, le plus souvent rétroversé. On peut être aussi conduit à avoir recours à ce mode d'exploration pour fixer le pronostic de l'accouchement et choisir une ligne de conduite dans certains cas de dystocie probable du bassin ou des parties molles ; on mettra ainsi la femme à l'abri des complications qui auraient beaucoup de chances de survenir au cours du travail. Le rôle du médecin ne consiste pas seulement à constater, il doit aussi prévoir les difficultés qui peuvent se présenter et mettre tout en œuvre pour les éviter ou pour les vaincre. Il ne faut pas oublier que l'accoucheur a deux existences à sauvegarder, celle de la mère et celle de l'enfant, et, en obstétrique, une complication quelconque peut compromettre les deux ou exiger le sacrifice de l'une pour sauver l'autre. L'idéal qu'il devra donc chercher à réaliser sera de mettre la mère et l'enfant dans les meilleures conditions possibles pour que l'accouchement se termine heureusement pour les deux.

Il est rare qu'on soit obligé de recourir au toucher manuel pour faire le *diagnostic de la grossesse* ; dans certains cas cependant : paroi abdominale épaisse ou résistante, troubles abdominaux dont on ne peut définir l'origine, utérus de forme irrégulière, présence d'une tumeur voisine de l'utérus, il peut rendre de grands services soit pour établir ou pour confirmer le diagnostic de grossesse développée dans un utérus malformé ou dans un utérus normal déplacé par une tumeur de voisinage, soit pour rechercher l'existence d'une *grossesse extra-utérine*. Il est, en effet, très important de préciser rapidement ce dernier diagnostic, chaque fois qu'on sera mis sur sa voie par des symptômes fonctionnels ou par les procédés d'exploration habituels ; on évitera ainsi à la femme les dangers de rupture auxquels elle est exposée, en affirmant d'abord la grossesse ectopique, en instituant ensuite le traitement chirurgical qu'elle nécessite. Il arrive parfois que le kyste fœtal se développe dans le cul-de-sac de Douglas et donne l'impression d'un utérus gravide rétrofléchi ; il ne faut se rattacher à ce dernier diagnostic et par conséquent ne tenter la réduction, qu'après s'être assuré des connexions du col et de la masse sentie dans le cul-de-sac postérieur. Pour y parvenir il sera souvent nécessaire d'avoir recours au toucher manuel. Nous n'insisterons pas sur les dangers qu'on ferait courir à la femme si les manœuvres de réduction portaient sur un kyste fœtal.

Quand on pratique un toucher digital ou même bidigital au cours de la grossesse, on cherche habituellement le col de l'utérus à la place qu'il occupe normalement ; si on ne le rencontre pas, on cherche dans les parties environnantes, et, dans certains cas, il n'est pas senti dans la zone explorable par le doigt. Il a pu, en effet, être entraîné en haut et en avant, derrière la symphyse pubienne, par un *utérus gravide rétroversé*. On est le plus souvent en présence d'une femme enceinte de quatre mois environ qui présente des accidents de rétention d'urine, des troubles de la défécation, des douleurs dans le bas ventre avec irradiation dans

les régions inguinales et lombaires. Par le toucher digital on sent l'excavation occupée par une tumeur régulière, lisse, tendue, rénittente, mais on ne trouve pas le col; le toucher manuel seul permet d'aller le chercher là où il est, c'est-à-dire derrière la symphyse pubienne.

Dans quelques variétés de *grossesse extra-utérine* ou dans certains *kystes de l'ovaire*, compliquant une grossesse, le col peut ne plus occuper son siège habituel; l'utérus tout entier a été soit entraîné par la tumeur devenue abdominale, soit refoulé ou énucléé en haut et en avant par la tumeur restée pelvienne. Aussi MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage écrivent-ils, à propos du diagnostic de la grossesse extra-utérine, les lignes suivantes : « Tantôt (c'est le cas le plus fréquent) l'utérus est placé en avant de la tumeur fœtale ; le col de l'utérus peut être reporté si haut derrière la symphyse pubienne que le toucher avec un ou deux doigts n'est pas suffisant; il faut introduire toute la main dans le vagin pour pouvoir atteindre le col avec un doigt et pour pouvoir en apprécier les caractères. Tantôt l'utérus est refoulé en arrière; il peut être déjeté à droite ou à gauche, suivant le côté qu'occupe la tumeur voisine. »

Dans la première moitié de la grossesse, on devra donc avoir recours au toucher manuel chaque fois qu'on voudra trouver l'utérus impossible à sentir ou à délimiter par un simple toucher vaginal combiné au palper, chaque fois qu'il s'agira de rechercher si la masse sentie est bien l'utérus ou une tumeur de voisinage, solide ou liquide, chaque fois enfin que le col utérin sera inaccessible : ses indications seront par conséquent très restreintes.

On peut être conduit, pendant la deuxième partie de la grossesse, à se servir du toucher manuel pour explorer les différents détails d'un bassin rétréci, surtout dans la zône correspondant au détroit supérieur. Il permet d'apprécier les dimensions transversales de ce dernier, l'étroitesse des gouttières sacro-iliaques, l'aplatissement d'une des lignes innominées, l'asymétrie totale du bassin, les déviations du

sacrum, les saillies anormales qu'on peut rencontrer sur une des faces du pelvis. Il sera employé dans l'examen des bassins rachitiques très déformés, du bassin ostéomalacique, du bassin oblique ovalaire, du bassin des boiteuses et surtout des déformations atypiques du bassin et en particulier de l'obstruction de la cavité pelvienne par des tumeurs.

C'est ainsi que Velpeau, à propos du bassin rachitique avait conseillé d'introduire la main entière dans le vagin pour apprécier l'étendue du diamètre transverse du détroit supérieur d'après le degré d'écartement des doigts mis au contact des deux lignes innominées, que Moor, Schmeilder et Chantreuil avaient préconisé l'introduction des quatre derniers doigts de la main dans le vagin pour mesurer le diamètre bi-ischiatique dans le bassin cyphotique.

Dans le bassin de Nægelé, on pourra, grâce au toucher manuel, apprécier l'étroitesse de la rainure sacro-iliaque par le nombre de doigts qu'on peut y faire pénétrer de champ. Ce diagnostic est très important à établir au point de vue du pronostic de l'accouchement, car il permet de se rendre compte de la portion utilisable du bassin.

Tous les renseignements qu'on peut tirer de ce mode d'exploration devront servir non pas seulement à établir un diagnostic complet, mais surtout à faire le choix du mode d'intervention, qui permettra à la femme de mettre au monde un enfant vivant avec le minimum de lésions, et du moment le plus favorable auquel l'intervention devra être pratiquée.

Il devra conduire au même résultat dans le cas de tumeurs des parties molles contenues dans l'excavation pelvienne. C'est grâce au toucher manuel qu'on peut se rendre compte du volume de ces tumeurs, de leur consistance, de leur mobilité, de leurs adhérences avec les parties voisines. Certains kystes dermoïdes de l'ovaire, par exemple, de volume moyen sont enclavés dans le petit bassin, et leur irréductibilité doit faire penser que l'accouchement par les voies naturelles sera impossible. En présence d'un cas de ce genre, il ne faut pas

attendre l'apparition du travail pour décider le mode d'intervention, il est préférable dans l'intérêt de la mère et de l'enfant d'avoir arrêté à l'avance la conduite à tenir ; on la mettra en exécution au moment le plus favorable, on évitera ainsi des complications quelquefois redoutables.

2° Pendant l'accouchement

Pendant l'accouchement, les indications sont plus fréquentes, c'est grâce au toucher manuel qu'on reconnaîtra souvent la cause empêchant un accouchement de se terminer spontanément et qu'on pourra ainsi recourir à l'opération de choix, qu'on reconnaîtra également certains accidents pouvant survenir soit du côté de la mère, soit du côté de l'enfant. Ces accidents une fois diagnostiqués, il est facile d'y porter remède aussitôt, seul moyen pour en atténuer la gravité.

Au début du travail, on a généralement recours au toucher vaginal pour se rendre compte de l'état du col et du degré d'engagement de la présentation. Il peut se faire que le doigt introduit dans le vagin ne trouve pas le col à sa place habituelle, il le cherche méthodiquement dans les parties voisines : en arrière, où il est le plus souvent refoulé, en avant, sur les côtés ; il peut ne le rencontrer en aucun de ces points lorsqu'on est en présence d'une *déviation* accentuée. Par le simple toucher digital on est déjà averti dans les cas de ce genre d'une différence de profondeur des deux culs-de-sac vaginaux situés dans un même diamètre ; c'est ainsi que dans les déviations postérieures, de beaucoup les plus fréquentes, le cul-de-sac antérieur est effacé, alors que le cul-de-sac postérieur semble plus profond, le doigt ne pouvant pas en atteindre le fond. Le toucher manuel seul permettra d'aller explorer tout ce cul-de-sac et d'y reconnaître la présence du col. Ce diagnostic est extrêmement important à établir d'abord pour éviter certaines erreurs et ensuite pour mettre en œuvre le traitement qui doit faire disparaître cette

déviation et permettre à l'accouchement de se terminer spontanément. Depaul, dans un cas de déviation antérieure, crut à une oblitération du col ; il créa alors à l'aide du bistouri un orifice sur la partie la plus saillante du segment inférieur aminci, il tomba sur le placenta et la parturiente mourut d'hémorragie.

C'est également par le toucher manuel qu'il nous a été facile de faire le diagnostic d'*agglutination des lèvres du col utérin* dans un cas où, le col étant effacé, le segment inférieur était tellement aminci, qu'il avait été pris pour une poche des eaux volumineuse. Par le toucher vaginal on constatait, en effet, que l'excavation était occupée par une masse fluctuante donnant au doigt la sensation d'une poche des eaux distendue ; mais, en recherchant par le toucher manuel les bords de l'orifice utérin à travers lequel cette pseudo-poche des eaux s'était engagée, on arrivait dans une rigole circulaire constituée par les différents culs-de-sac du vagin.

La grossesse survenant dans un *utérus fixé par une opération chirurgicale* peut entraîner le col jusque dans l'abdomen ; c'est ainsi que chez une femme, que nous avons observée à la Maternité de Beaujon et qui avait subi une ventrofixation, le toucher digital, à quelque profondeur qu'on enfonçât l'index et le médius, ne permettait pas de sentir le fond du vagin ; le toucher manuel seul permit de trouver le col, situé au niveau de la troisième vertèbre lombaire.

Chaque fois que la marche du travail présentera quelque chose d'anormal : non-engagement de la présentation ou durée excessive malgré des contractions utérines régulières et énergiques, que le palper abdominal et le toucher vaginal ne donneront pas l'explication de l'obstacle, il faudra recourir au toucher manuel. Grâce à ce procédé d'exploration on pourra reconnaître un cas de *dystocie du bassin ou des parties molles* si celle-ci n'a pas été recherchée pendant la grossesse ou si elle est passée inaperçue au cours du travail soit du praticien, soit du confrère ou de la sage-femme

qui ont fait appel à vous. Quelques *déformations du bassin* peuvent ne se manifester par aucun gros signe extérieur, et cependant empêcher la marche normale de l'accouchement dans certains cas déterminés, témoin le bassin oblique ovalaire. Parmi les causes de dystocie des parties molles pouvant empêcher l'accouchement et n'avoir pas été reconnues pendant la grossesse et même pendant le travail, nous citerons certains *fibromes pédiculés* de l'utérus en particulier ceux de la face postérieure, et les *kystes de l'ovaire* de petit ou de moyen volume ; ils ont pu rester longtemps cachés dans la cavité abdominale et c'est sous l'influence du travail qu'ils pénètrent plus ou moins profondément dans l'excavation.

Comme nous l'avons dit précédemment, le toucher manuel ne servira pas seulement à découvrir l'obstacle, mais il devra permettre d'en apprécier l'importance, de reconnaître qu'il ne peut être déplacé momentanément et, par cela même, de choisir le moyen le plus inoffensif pour terminer l'accouchement dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

Le toucher manuel est seul capable de renseigner sur les *difficultés de l'accouchement ayant pour origine le fœtus lui-même.* L'accouchement ne se termine pas tantôt parce que le fœtus ne peut pas s'engager, tantôt parce que, dégagé partiellement, une des extrémités est retenue au-dessus du détroit supérieur.

Chaque fois qu'on se trouvera en présence d'une difficulté de ce genre, il ne faudra pas agir aveuglément et employer la force pour venir à bout d'un obstacle inconnu ; c'est malheureusement ce qui se produit dans la plupart des cas. Le toucher manuel, outre qu'il permettra d'éliminer avec plus d'assurance toutes les causes de dystocie provenant du bassin et des parties molles, utérus ou organes juxta-utérins, fera reconnaître le véritable coupable : le fœtus.

Celui-ci, en effet, peut être dans l'impossibilité de s'engager parce qu'il est *placé transversalement*, parce qu'il présente un excès de volume soit total, soit partiel, hydrocéphalie, tumeur de la région fessière, ou encore parce que

deux jumeaux cherchent à pénétrer en même temps dans le détroit supérieur.

Il faudra agir de la même façon si l'on constate la présence de plusieurs membres dans le vagin ou au niveau du détroit supérieur. L'introduction de la main dans la cavité utérine permettra de constater non seulement qu'il y a deux jumeaux mais encore qu'ils sont indépendants ou adhérents.

Dans d'autres circonstances, le fœtus est déjà en partie sorti des organes génitaux; la tête, les membres supérieurs et une portion du tronc, s'il s'agit d'une présentation du sommet, ou les membres inférieurs seuls, si l'on est en présence d'une présentation du siège, sont hors de la vulve et l'abdomen est retenu au-dessus du détroit supérieur. C'est alors qu'il faut introduire la main jusque dans l'utérus pour reconnaître un excès de volume de cette région fœtale.

L'arrêt de la tête fœtale au niveau du bassin aurait pu être déterminé par la présence d'un *deuxième jumeau accrochant la tête du premier* et l'empêchant de descendre, l'introduction de la main jusque dans l'utérus était seule capable de reconnaître à quelle variété de dystocie fœtale on avait affaire.

Le toucher manuel pendant le travail peut être indiqué par l'apparition des signes de souffrance du fœtus : ralentissement des bruits du cœur, auquel vient s'ajouter la coloration verdâtre du liquide amniotique, si la poche des eaux est rompue. Le devoir du praticien est de penser aussitôt à une des causes les plus fréquentes de souffrance du fœtus : la *procidence du cordon*. Si celui-ci n'est pas senti directement dans la cavité vaginale précédant la présentation, il faut le chercher sur les parties latérales de cette dernière qui, le plus souvent, est encore très élevée, et on ne peut y arriver qu'en introduisant profondément la main dans le vagin. Ce mode d'intervention permettra de faire à la fois le diagnostic et la rétropulsion, car la réduction manuelle du cordon prolabé est de beaucoup la meilleure.

Avant toute intervention, qu'il s'agisse d'une application

de forceps, d'une version, d'une embryotomie ou d'une basiotripsie, il est prudent de faire un toucher manuel explorateur. Dans l'*application de forceps*, par exemple, un grand nombre d'échecs sont dus à ce qu'on a négligé de recourir à ce mode d'investigation avant l'introduction des branches ; nous tenons à insister sur ce point, parce que, dans la pratique courante, c'est l'intervention qui est le plus souvent employée. En général les choses se passent de la façon suivante : on est appelé auprès d'une parturiente en travail depuis un temps plus ou moins long ; sous cette influence il s'est formé une bosse séro sanguine, souvent volumineuse, qui voile les sutures et les fontanelles. Il ne faut accepter le diagnostic de la position et de la variété de position que sous bénéfice d'inventaire ; du diagnostic précis dépendent l'application régulière de l'instrument et, par conséquent, l'heureuse terminaison de l'intervention. Chaque fois que la situation exacte de l'occiput ne pourra pas être fixée par le toucher digital déprimant l'œdème du cuir chevelu, il faudra introduire la main entière dans le vagin, remonter sur une des faces de l'extrémité céphalique et aller à la recherche d'une oreille ; il sera facile alors de se rendre compte de la direction de l'angle auriculo-mastoïdien, qui est tourné du côté de l'occiput. Ce toucher permettra également de constater si le col utérin est totalement effacé et si le cordon n'a pas glissé entre la présentation et les parois du pelvis.

Nous n'insisterons pas sur la nécessité d'introduire la main dans le vagin lorsqu'on veut pratiquer une dilatation rapide et forcée du col de l'utérus ; dans le procédé de Bonnaire, il est même nécessaire d'y faire pénétrer les deux mains.

Un certain nombre d'accidents, qui surviennent pendant le travail, ne peuvent être reconnus que par le toucher manuel, et le plus grave de tous est sans aucun doute la *rupture utérine*. Lorsqu'au cours de l'accouchement les contractions utérines cessent subitement, précédées ou non

d'une forte douleur abdominale, qu'en même temps apparaissent des signes d'hémorragie interne et de choc et qu'en faisant le toucher vaginal on ne sent pas la présentation ou qu'on constate qu'elle est remontée, il faut introduire aussitôt et avec beaucoup de précautions la main dans le vagin, et ensuite dans l'utérus pour en explorer les parois. On arrivera ainsi sur la solution de continuité, dont on pourra apprécier le siège, l'étendue, la profondeur et la forme. Dans certains cas même la rupture est assez large pour que la main introduite pénètre directement dans la cavité abdominale, où elle rencontre le plus souvent le fœtus et ses annexes. Dans d'autres cas le fœtus est resté dans l'excavation, d'où il est extrait facilement ; il peut même, mais exceptionnellement, être expulsé spontanément, ce n'est alors qu'après la sortie du fœtus que le toucher manuel pourra être pratiqué si l'on craint la rupture de l'utérus. Il en est de même de la recherche de quelques *traumatismes* déterminés soit par le fœtus, soit par l'intervention qui a eu pour but d'extraire ce dernier. C'est par le toucher manuel, en effet, qu'on pourra reconnaître la source de certaines hémorragies abondantes ou continues, qui apparaissent aussitôt ou peu de temps après l'expulsion de l'enfant, et qui n'ont pas leur origine dans le corps utérin contracté (globe de sûreté) : ces hémorragies ont pour point de départ une solution de continuité de la partie supérieure du vagin, du col ou même du segment inférieur de l'utérus.

Le toucher manuel permettra aussi, pendant cette période de l'accouchement, de reconnaître un *thrombus élevé du vagin* et de préciser les limites et l'importance de certains thrombus extérieurs, remontant plus ou moins haut du côté des organes génitaux.

L'*inversion utérine*, devenue très rare dans la pratique depuis qu'on ne fait plus la délivrance immédiate, ne peut être reconnue que par l'introduction de la main entière dans le vagin, s'il s'agit d'une inversion incomplète.

Le toucher manuel devrait, du reste, être érigé en règle

absolue pendant la période de délivrance, chaque fois qu'une hémorragie apparaît. Lui seul, en effet, est capable d'en reconnaître la cause et souvent même d'y porter remède. Il en est de même dans les cas où surviennent des difficultés de la délivrance : contractions irrégulières de l'anneau de Bandl ou du corps de l'utérus, adhérences anormales du placenta ou des membranes, rétention de l'arrière-faix.

C'est ici qu'il nous faut dire quelques mots du toucher manuel au cours de l'*avortement.* On doit y recourir afin de pénétrer dans l'utérus chaque fois qu'une hémorragie grave survient et que le col utérin est entr'ouvert, chaque fois que des phénomènes infectieux apparaissent, chaque fois qu'on aura constaté l'expulsion du ou des fœtus et qu'il y aura rétention totale ou partielle du placenta, chaque fois enfin qu'on aura la certitude que l'avortement a été provoqué par des manœuvres criminelles.

3° Après la délivrance et pendant les suites de couches.

Un certain nombre d'accidents, qui surviennent alors que le placenta est encore dans l'utérus, peuvent apparaître pour la première fois ou se manifester de nouveau après l'expulsion de l'arrière-faix. Aussi n'est-il pas rare qu'on soit obligé d'introduire la main dans le vagin, puis dans la cavité utérine après la délivrance, soit pour rechercher un *traumatisme dont les manifestations n'apparaissent qu'à ce moment :* déchirure du vagin, du col, du segment inférieur et même du corps de l'utérus, soit pour découvrir la *cause d'une hémorragie subite ou continue,* cause qui peut être un des traumatismes précédents ou la rétention d'un cotylédon, de membranes ou même de caillots dans la cavité utérine.

Pendant les jours qui suivent l'accouchement, en dehors des accidents que nous venons de citer, une autre indication peut se présenter, *l'infection.* Il faut en rechercher

l'origine ; après s'être assuré par la vue que le périnée, le vagin ou le col ne peuvent être incriminés, on doit pénétrer dans l'utérus, qui, lorsqu'il est coupable, est largement béant et permet l'introduction d'un ou de plusieurs doigts dans sa cavité ; cette exploration n'est possible qu'à la condition d'introduire la main entière dans les organes génitaux. *Toute thérapeutique instrumentale, intra-utérine pendant les suites de couches ou après un avortement* doit être précédée d'une revue digitale de la cavité.

TROUSSE OBSTÉTRICALE

La trousse idéale permettant de parer à tous les incidents et accidents pouvant survenir pendant ou après l'accouchement se compose des instruments et accessoires suivants, qui peuvent tenir dans une boîte métallique longue de 45 centimètres, sur 15 centimètres de largeur et 9 centimètres de hauteur. Le praticien doit toujours les avoir avec lui lorsqu'il est appelé pour un accouchement.

Stéthoscope obstétrical ;
Perce-membrane métallique ;
Ciseaux droits ;
Deux pinces à forcipressure ;
Deux canules vaginales en verre ;
Forceps ;
Tube à insufflation de Ribemont avec sa poire ;
Sonde urétrale en caoutchouc, n° 18 ou sonde de femme en métal ;
Canule intra-utérine ;
Aiguille courbe de Reverdin ou aiguilles courbes avec porte-aiguille ;
Pince à pansement ;
Ciseaux de Dubois modifiés par Pinard :
Gants de caoutchouc.

L'arsenal obstétrical doit également se composer des instruments suivants, qui seront mis en réserve :

Un basiotribe de Tarnier ;
Un embryotome de Ribemont;
Une pince porte-ballon ;
Des ballons de Champetier de Ribes de taille différente, un petit, un moyen et un gros.

Nous avons indiqué plus haut les dimensions de la boîte métallique destinée à contenir tous les instruments qu'il est nécessaire d'avoir sous la main au moment d'un accouchement. Dans la pratique rurale, cette boîte sera avantageusement remplacée par un bouilleur en tôle émaillée de forme rectangulaire, genre poissonnière, ayant 45 centimètres de long sur 14 de large et 11 de hauteur. Ce récipient, facile à se procurer dans le commerce, est suffisamment spacieux pour contenir tous les instruments ; il servira d'autre part à les stériliser par l'ébullition. En cas de besoin le praticien pourrait y avoir recours soit pour obtenir de l'eau bouillie, soit pour préparer une solution de sérum, soit pour stériliser des compresses, des crins de Florence, etc.

TUBERCULOSE ET PUERPÉRALITÉ

La tuberculose, et particulièrement la tuberculose pulmonaire, est-elle influencée par la puerpéralité envisagée dans son sens le plus large : grossesse, accouchement, allaitement? Cette question est d'une importance considérable pour le praticien à cause de la grande fréquence de cette maladie meurtrière dans toutes les classes de la société, surtout dans les populations ouvrières des villes.

De nombreux travaux ont été faits sur les relations de la tuberculose et de la puerpéralité ; pendant fort longtemps les opinions émises ont été très différentes ; mais actuellement médecins et accoucheurs semblent unanimes à recon-

naître que d'une façon générale la grossesse et l'allaitement influencent défavorablement la marche d'une tuberculose pulmonaire en évolution.

Nous avons eu soin de dire *d'une façon générale*, car dans certains cas l'action est nulle et elle est même parfois bienfaisante ; ce n'est pas seulement la grossesse qui entre en jeu, c'est aussi le cortège des modifications physiologiques qu'elle entraîne dans l'organisme de la femme. La forme de la maladie et le degré des lésions, au moment où se produit la fécondation, ont également leur importance.

S'agit-il d'un début de tuberculose à marche lente chez une femme dont les fonctions ne sont pas modifiées par la gravidité, la tuberculose peut n'être pas influencée, s'il n'y a ni vomissements, ni dégoût, ni diminution de l'appétit, ni fatigue. Elle peut même être améliorée, si la femme voit son appétit augmenté et si elle peut se reposer ; les conditions sociales y entrent donc aussi pour une grande part.

S'agit-il au contraire d'une femme ayant des lésions plus avancées, celles-ci vont évoluer rapidement et prendre une marche presque galopante, si la grossesse s'accompagne de vomissements, d'anorexie, de mauvais fonctionnement des émonctoires.

En pratique, il est donc plus prudent de toujours porter un pronostic réservé.

Ce qu'on n'admet plus, c'est de considérer la grossesse comme capable de faire naître à elle seule la tuberculose chez un sujet prédisposé par ses antécédents héréditaires ; de nombreuses statistiques sont là pour le prouver.

Une des formes de tuberculose, qui est le plus fâcheusement influencée par la grossesse, est la phtisie laryngée, dont l'évolution est habituellement très rapide ; la mort survient presque toujours avant la fin de la gestation. Les tuberculoses cutanées et particulièrement le lupus sont d'ordinaire aggravées par l'état puerpéral. Il en est de même des tuberculoses articulaires siégeant au niveau du bassin, sacro-coxalgie et coxalgie, et des tuberculoses génitale, urinaire et mammaire.

Tous ces organes ont, sous l'influence du développement de l'œuf dans l'utérus, une vascularisation plus active.

Les autres localisations bacillaires, osseuse, articulaire ou ganglionnaire, ne sont au contraire en rien influencées par la gravidité.

L'accouchement proprement dit ne peut agir que mécaniquement, les efforts que nécessite l'expulsion et l'hypertension vasculaire qui les accompagne sont parfois susceptibles de provoquer des hémoptysies graves.

Les suites de couches doivent être considérées comme l'époque critique des tuberculeuses ; il n'est pas rare de constater à ce moment une aggravation subite et très rapide de lésions qui jusque-là avaient évolué lentement.

L'allaitement, par les fatigues de toutes sortes qu'il entraîne et peut-être par la déminéralisation, qui est plus accusée pendant cette fonction que pendant la gestation elle-même, est une cause aggravante qu'il faut bien connaître à propos de la conduite à tenir.

Si la grossesse a souvent une influence sur la tuberculose, *celle-ci peut-elle avoir une action sur l'évolution de la grossesse et sur le fœtus ?* D'une façon générale, la tuberculose n'a aucune influence sur la gravidité, celle-ci évolue habituellement jusqu'à terme et sans incident. L'enfant a d'ordinaire un développement normal, s'il n'y a pas eu de troubles d'auto-intoxication chez la mère. Il ne naît pas tuberculeux, l'*hérédo-contagion* étant extrêmement rare, mais par contre on reconnaît l'*hérédo-prédisposition :* aussi dans bien des cas y a-t-il intérêt pour l'enfant à l'enlever à son milieu et à le transporter à la campagne non seulement pour le mettre à l'abri d'une contagion à peu près certaine, mais encore pour lui fournir tous les éléments capables de modifier sa tare héréditaire. C'est là l'idée qui a présidé à l'œuvre de Grancher ; les résultats obtenus sont excellents et dignes d'être répandus dans le public.

Traitement. — Au point de vue prophylactique, faut-il

accepter à la lettre la formule draconienne de Tarnier ? « Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une jeune fille qui a des phtisiques dans sa famille et qui à une époque antérieure a eu des symptômes de tuberculisation pulmonaire, une hémoptysie par exemple, il faut déconseiller le mariage, surtout si elle est âgée de moins de 30 ans... Si la femme est mariée, il faut déconseiller la grossesse et surtout les grossesses répétées. Si la femme vient d'accoucher, il faut déconseiller l'allaitement. »

Cette règle de conduite extrêmement sévère doit être envisagée différemment suivant les cas : s'agit-il d'une jeune fille ou d'une jeune femme considérée comme prédisposée à la tuberculose par ses antécédents héréditaires, il n'y a aucun doute, le mariage pas plus que la maternité ne doivent lui être interdits. L'allaitement lui-même peut être autorisé, surtout si l'on se trouve dans un milieu social permettant à la jeune mère de ne pas avoir d'autres causes de fatigue et de se conformer à des règles hygiéniques bien comprises.

Mais s'il s'agit d'une jeune fille ayant présenté antérieurement des lésions non douteuses de tuberculose pulmonaire guérie, nous ne pouvons plus trancher la question d'une façon aussi catégorique. De nombreux facteurs doivent dans ce cas être passés en revue : le degré des lésions, la forme qu'a présentée l'affection, la rapidité de sa guérison, l'époque à laquelle remonte cette dernière, la situation sociale de l'intéressée, son état de santé actuel. Il est certain que, si les lésions ont été très minimes, si la guérison a été obtenue rapidement et si elle remonte à plusieurs années, si la jeune fille a la facilité de prendre du repos, de vivre à la campagne, de faire de la suralimentation, on peut autoriser le mariage ou la grossesse, mais en ayant la précaution d'exposer à la famille les dangers possibles ; en tout cas, il nous paraît prudent de déconseiller l'allaitement d'abord, les grossesses répétées ensuite.

Sommes-nous en présence d'une jeune fille ou d'une femme ayant eu des lésions accusées, dont la guérison n'a

été obtenue qu'avec beaucoup de difficultés, quelle que soit l'époque à laquelle elles remontent, quelle que soit sa situation sociale, quelque florissant même que soit son état de santé actuel, il est sage de suivre le conseil de Tarnier et de déconseiller le mariage ou la grossesse.

Dans le même ordre d'idées, il est prudent d'interdire le mariage à tout homme ayant des signes de tuberculose pulmonaire, car il serait un danger non seulement pour sa femme, mais encore pour ses descendants. Nous avons le devoir de toujours penser à *l'espèce* ; c'est là un des meilleurs moyens de lutter contre la propagation de la tuberculose.

Envisageons maintenant le cas d'une femme tuberculeuse enceinte, quelle devra être la conduite du praticien ? Quel que soit le degré des lésions, début ou période terminale de l'affection, nous ne devons jamais discuter la question de l'évacuation utérine, dans l'intérêt de la femme tout au moins. Si nous avons cru nécessaire de faire cette réserve, c'est qu'on peut être amené à provoquer l'accouchement dans les derniers mois de la grossesse à cause des accidents asphyxiques de la mère, qui pourraient retentir sur la vie du produit de conception.

S'il s'agit en effet d'une tuberculose au début, rien ne prouve, comme nous l'avons vu, que la gestation en précipitera la marche ; est-on en présence de lésions plus accusées, inguérissables par conséquent, pourquoi sacrifier un enfant, qui a beaucoup de chances pour naître bien portant, dans le seul espoir de donner un peu de survie à une malade, en supposant même que l'évacuation utérine doive être suivie d'une amélioration ? N'a-t-on pas souvent constaté au contraire une marche plus rapide des lésions après l'avortement ou l'accouchement ?

Toute thérapeutique obstétricale étant ainsi mise de côté, il ne nous reste que les secours de la thérapeutique médicale. Nous devrons en effet prescrire à toute femme tuberculeuse enceinte le traitement classique en l'exagérant

même. On conseillera en première ligne la cure de repos sur la chaise longue pendant plusieurs heures dans la journée, de préférence après les repas, en plaçant la malade près d'une fenêtre ouverte et en la couvrant de couvertures pendant la saison froide, et la cure d'air à la campagne, si c'est possible. Pour stimuler l'appétit on ordonnera une promenade quotidienne, le matin pendant l'été, aux heures où la température est le plus élevée au printemps et à l'automne.

Pour obtenir la suralimentation, on augmentera l'abondance des aliments au petit déjeuner et au goûter en insistant de préférence sur les œufs, les corps gras, les purées de légumes, les pâtes alimentaires, le fromage et le sucre. Il ne faut pas oublier en effet qu'à côté de l'affection médicale il y a la grossesse qui nécessite certaines précautions alimentaires ; les aliments riches en toxines devront être défendus pour ne pas donner aux organes de défense, particulièrement au foie et aux reins, un surcroît de travail.

On ordonnera avant les deux principaux repas un des cachets suivants :

Phosphate tribasique de chaux.	0,40 centigr.
Carbonate de chaux.	0,20 —

après et avant le petit déjeuner une cuillerée à potage d'huile de foie de morue, mais à la condition qu'il n'y ait ni dégoût ni intolérance.

On pourra aussi pratiquer tous les mois une série de dix injections hypodermiques de cacodylate de soude :

Cacodylate de soude.	0,50 centigr.
Eau distillée	10 grammes

Un centimètre cube tous les jours ou tous les deux jours.

Enfin on mettra en œuvre la révulsion locale, application de teinture d'iode, badigeonnage de gaïacol, pointes de feu, chaque fois qu'elle sera jugée nécessaire.

Est-on en présence de lésions pulmonaires avancées, deuxième ou troisième période, il faudra surtout soutenir

l'organisme en employant les moyens indiqués précédemment ou en les remplaçant par des lavements nutritifs, s'il existe des troubles gastriques ou de l'inappétence :

Jaunes d'œuf	nº 2	
Peptone	30	grammes.
Chlorure de sodium	1	—
Phosphate de soude	2	—
Lait	250	—

ou

Viande hachée	150	grammes
Pancréas de bœuf ou de porc	50	—
Eau chaude	100	—

En un mot, tous les efforts devront tendre à soutenir les forces de la malade pour permettre à la grossesse d'évoluer jusqu'à terme ou jusqu'à une époque le plus rapprochée possible du terme. C'est à ce moment-là seulement qu'on serait en droit de provoquer l'accouchement, si l'état de la mère mettait les jours du fœtus en danger.

Pendant le travail, qu'il se soit déclaré spontanément ou qu'il ait été provoqué, il sera prudent de ne pas laisser la parturiente faire des efforts qui pourraient déterminer des hémoptysies ou des crises de suffocation, aussi est-il indiqué de terminer artificiellement l'accouchement, en recourant au besoin à l'anesthésie chloroformique, dès que les conditions pour intervenir sont favorables.

En cas de difficultés obstétricales dans un bassin coxalgique la symphyséotomie est contre-indiquée ; il en est de même dans un bassin atteint de sacro-coxalgie ancienne ou récente ; l'opération césarienne peut au contraire être pratiquée et donner d'excellents résultats.

Les suites de couches ne réclamant aucun traitement obstétrical particulier, la thérapeutique médicale sera continuée, elle variera suivant les périodes de la maladie.

Quant à l'allaitement, il sera formellement interdit, quel que soit le degré des lésions ; sont-elles minimes, c'est l'intérêt de la mère; sont-elles accusées, l'intérêt de la mère et l'intérêt de l'enfant le commandent. Dans ce

dernier cas même il faut exiger, exigence qui peut paraître contraire aux lois humaines, l'éloignement de l'enfant. Celui-ci devra être mis en nourrice au sein à la campagne, car nous avons le devoir de modifier le terrain, tout en mettant le nouveau-né à l'abri de la contagion. C'est ce but qu'a cherché à atteindre le professeur Grancher en créant l'œuvre admirable qui porte son nom.

Si nous n'avons pas parlé des tuberculoses locales, c'est que la grossesse ne modifie en rien le traitement que réclament les lésions.

URINES (EXAMEN DES)

En obstétrique, le praticien est appelé journellement à examiner les urines, nous ne passerons en revue que les modes d'examen qui sont d'un usage courant et qui peuvent être pratiqués facilement ; nous laisserons de côté les procédés d'analyse et de dosage employés par le chimiste.

Il est nécessaire de recueillir les urines émises pendant vingt-quatre heures consécutives, afin de pouvoir en apprécier la *quantité*; pour cela on emploie en général un bocal gradué. Elle doit être de 1.250 à 1.500 centimètres cubes dans les vingt-quatre heures. Si la quantité est très au-dessous de la moyenne, il y a *oligurie* ou *anurie*.

La *couleur*, normalement *jaune ambré*, peut être modifiée : elle est *rouge* ou *brune* si l'urine contient du sang, *verdâtre* si elle contient de la bile, couleur *acajou* si elle contient des pigments biliaires, peu colorée, *pâle*, si les urines sont émises en grande quantité. Sous l'influence de certains médicaments, elle prend une coloration spéciale : c'est ainsi que l'*acide phénique* ou l'un de ses dérivés, comme le salol, peut déterminer des urines *noirâtres*, les injections sous-cutanées de bleu de *méthylène* colorent en bleu les urines; ce procédé est mis en usage pour apprécier le degré de perméabilité du rein.

Normalement l'*odeur* de l'urine est peu accentuée; sous l'influence de certaines affections vésicales, l'urine prend parfois une odeur *ammoniacale* ou *putride*.

Au moment de leur émission les urines au lieu d'être claires peuvent être *troubles*, lorsqu'elles renferment du mucus, des sels en excès, du pus, du sable ou du sang. Le trouble urinaire peut aussi tenir au mélange à l'urine de sécrétions vaginales ou utérines.

Les urines, normalement limpides, deviennent épaisses et *visqueuses*, si elles contiennent du pus.

Pour apprécier l'*acidité* ou l'*alcalinité* des urines, on emploie le papier de tournesol : le papier de *tournesol bleu* placé dans des urines normales, c'est-à-dire *acides*, prend rapidement une teinte rouge; le papier de tournesol rouge placé dans ces mêmes urines ne se modifie pas; trempé, au contraire, dans des urines devenues anormalement *alcalines*, il prend une *teinte bleue*.

Recherche de l'albumine. — De nombreux procédés sont employés pour déceler la présence de l'albumine dans l'urine; ils reposent tous sur la précipitation de cette substance au moyen de la chaleur ou d'un acide.

1° *Recherche par la chaleur.* — Après avoir filtré les urines, on en verse dans un tube à essai bien propre 6 à 8 centimètres cubes, on tient le tube par son extrémité inférieure et on chauffe le liquide jusqu'à ébullition sur une lampe à alcool près de la limite supérieure en agitant très légèrement. Un *trouble* se produisant, il est facile de l'apprécier grâce à la comparaison qu'on peut établir entre les urines chauffées et les urines non chauffées. Ce nuage peut être dû soit à l'albumine qui se coagule à 70° environ, soit à la précipitation de certains sels, phosphates et carbonates terreux.

Pour différencier les sels de l'albumine, il suffit d'*acidifier* les urines en y laissant tomber une ou deux gouttes d'*acide acétique* ou de vinaigre ; si ce sont des sels, le nuage disparaît et les urines redeviennent claires; *le trouble per-*

siste, au contraire, si c'est de l'*albumine*. Dans les cas où l'albumine est très abondante, il se produit un véritable coagulum en masse et les flocons tombent lentement au fond du tube.

2° *Recherche à froid par les acides.* — On emploie un verre conique, dit *verre à expérience*, dont on remplit à peu près la moitié d'urine filtrée, puis on verse lentement presque goutte à goutte de l'*acide azotique* le long des parois du récipient pour qu'il descende au fond du verre et refoule l'urine. S'il y a de l'albumine, il se produit à la jonction des deux liquides un disque blanchâtre opaque dont l'épaisseur varie avec la quantité d'albumine, c'est le *cercle opaque de Haller*.

Il existe encore d'autres procédés; nous ne citerons que le *réactif de Tanret*, qui permet de déceler des quantités très minimes d'albumine. Après avoir mis l'urine dans un tube à essai, on verse deux ou trois gouttes de réactif ; s'il y a de l'albumine il se produit aussitôt des *flocons blanchâtres* qui tombent lentement au fond du tube. Pour être certain que ce précipité est constitué par de l'albumine, il est indispensable de s'assurer qu'il ne disparaît pas par la chaleur.

Dosage clinique de l'albumine. — Le seul procédé exact pour connaître la quantité d'albumine contenue dans un litre d'urine consiste à isoler cette substance et à la peser, mais un chimiste seul peut avoir recours à cette méthode. En *clinique*, on se sert du *tube* et du *réactif d'Esbach*, liquide composé d'acide picrique et d'acide nitrique. Le tube porte des graduations; vers le milieu du tube se trouve tracée une ligne près de laquelle est la lettre U, plus haut une autre ligne ayant comme indice la lettre R, entre le fond de tube et la lettre U sont gravées des lignes superposées près desquelles se lisent les chiffres 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. On verse dans le tube de l'urine jusqu'à ce que son niveau atteigne la ligne U, puis on le remplit jusqu'à la lettre R avec le réactif; on bouche avec le bouchon en caoutchouc et

on mélange les deux liquides en retournant le tube plusieurs fois. On attend vingt-quatre heures; le tube étant placé verticalement, l'albumine se dépose au fond sous forme d'une masse blanchâtre, on lit alors sur l'échelle graduée le chiffre en regard duquel est situé le niveau supérieur du dépôt; s'il correspond, par exemple, au chiffre 5, on dit qu'il y a 5 grammes d'albumine.

Recherche du sucre. — On emploie pour cet usage la *liqueur de Fehling* ou liqueur cupro-potassique, dont la coloration *bleue* est due au *sel de cuivre* qu'elle renferme. La réaction cherchée est basée sur la transformation de ce sel par oxydation en oxyde de cuivre *rouge*. On verse dans un tube à essai 2 ou 3 centimètres cubes de liqueur de Fehling qu'on chauffe jusqu'à ébullition pour s'assurer de sa bonne qualité ; on ajoute alors une quantité à peu près égale d'urine, dont on chauffe la partie supérieure; s'il n'y a pas de sucre, aucune modification n'est constatée; si au contraire les urines en renferment, on obtient une coloration *verte*, *orangée*, *rouge*, en même temps qu'un trouble.

Quant à la recherche *quantitative*, elle est faite au moyen d'un appareil spécial, le *saccharimètre*, ou à l'aide d'une liqueur de Fehling titrée.

Recherche de la bile. — Verser 20 centimètres cubes environ d'urine filtrée dans un verre à expérience et y ajouter 10 centimètres cubes d'acide nitrique nitreux en le faisant couler le long de la paroi du verre qu'on incline légèrement. Celui-ci tombe au fond et au niveau de la séparation des deux liquides il se forme, si les urines renferment des pigments biliaires, des zones colorées; la coloration verte de l'une d'elles caractérise la présence des pigments biliaires (réaction de Gmelin).

Recherche du pus. — On remplit à moitié un verre à expérience d'urine qu'on acidifie au moyen de l'acide acétique, on laisse reposer cette urine acidifiée une heure ou deux. On décante ensuite pour ne garder que quelques centimètres cubes dans lesquels on verse de l'ammoniaque

en excès. En battant le mélange vigoureusement avec un agitateur, on obtient une masse compacte et filante.

Examens microscopiques. — La recherche du sang, du pus et des micro-organismes nécessite l'emploi du microscope.

UTÉRINE (DYSTOCIE)

La dystocie ayant pour unique origine le muscle utérin est relativement rare, surtout depuis qu'on a abandonné l'usage du seigle ergoté pendant l'accouchement. Par dystocie utérine nous entendons en effet une dystocie du travail déterminée par une rétraction du corps de l'utérus, qui emprisonne la totalité ou une portion seulement du fœtus.

Un grand nombre d'observations publiées sous l'étiquette de dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl sont en réalité des cas de rétraction des fibres musculaires du corps utérin. Pendant les derniers mois de la grossesse l'utérus est constitué de deux portions : l'une épaisse, très riche en fibres musculaires, est le corps de l'utérus ; l'autre, beaucoup plus mince, fait suite au précédent, c'est le segment inférieur qui se continue en bas avec le col. L'union de ces deux portions est formée par le changement brusque d'épaisseur de la paroi utérine, la fin de la musculature du corps semble former un anneau, qui a reçu le nom d'anneau de Bandl. Au cours du travail il arrive souvent que la musculature du corps l'emporte sur celle du segment inférieur; la première douée d'une force bien supérieure paraît active, alors que la seconde prend les apparences de la passivité. Cette inégalité n'est due qu'à la différence de constitution.

Chaque fois que le corps utérin se rétracte sur le fœtus et qu'on introduit la main dans la cavité utérine, on rencontre à une certaine distance de l'orifice cervical, distance qui est d'environ 10 centimètres, mais qui varie avec le degré de distension du segment inférieur très élastique, une

sorte de cercle contracté, l'anneau de Bandl ; celui-ci n'est en réalité que la limite inférieure de la musculature du corps. Il n'est jamais rétracté isolément, car il n'a pas une existence propre.

Nombreuses sont les causes capables de déterminer cette rétraction utérine ; l'administration de seigle ergoté mise à part, nous devons placer en première ligne la *rupture prématurée*, spontanée ou artificielle, des membranes. Viennent ensuite tous les obstacles s'opposant à la descente du fœtus, qu'ils soient d'origine maternelle : rétrécissement du bassin, tumeur utérine ou juxta-utérine, ou d'origine fœtale : présentation anormale, excès de volume partiel ou total, etc.

C'est surtout dans la rupture prématurée ou précoce des membranes que cette variété de dystocie se manifeste le plus nettement. Sous l'influence de l'écoulement du liquide amniotique, le muscle utérin se rétracte et s'applique sur le fœtus. A chaque contraction les deux tiers supérieurs de celui-ci sont pour ainsi dire englobés et enserrés par la musculature du corps, qui le retient plutôt qu'il ne le chasse. Aussi l'accouchement traîne-t-il en longueur, la dilatation ne progresse pas, car la partie fœtale, qui se présente, appuie mal ou n'appuie pas du tout sur l'orifice cervical.

Il ne faut pas confondre cette rétraction utérine avec la consistance ligneuse de l'utérus qui accompagne l'hémorragie rétro-placentaire, consistance due à une sorte d'infiltration œdémateuse et sanguine de la paroi utérine.

Traitement. — Il est rare que l'accouchement se termine spontanément dans cette variété de dystocie du travail, aussi est-on obligé d'intervenir.

S'il n'existe pas d'obstacle au passage du fœtus par les voies naturelles, on pratiquera suivant la présentation une application de forceps s'il s'agit d'un sommet, une extraction manuelle dans le cas de présentation du siège. Ces interventions seront toujours précédées d'une anesthésie complète au chloroforme. Une injection sous-cutanée d'un centi-

mètre cube de la solution de morphine suivante peut rendre de grands services :

Chlorhydrate de morphine	0,10 centigr.
Eau distillée bouillie.	10 grammes.

Lorsqu'il existe un obstacle d'origine maternelle, rétrécissement pelvien, ou d'origine fœtale, présentation anormale, l'opération césarienne est le seul mode d'intervention qui permette d'extraire le fœtus vivant, à la condition qu'il n'ait pas trop souffert avant l'opération.

La version par manœuvres internes est contre-indiquée dans cette variété de dystocie ; elle est non seulement souvent impraticable, mais encore dangereuse pour la mère, rupture utérine.

Si le fœtus est mort, il faut recourir à une opération mutilatrice : basiotripsie ou embryotomie.

VACCINATION

La vaccination est l'introduction sous la peau d'un virus appelé vaccin dont l'évolution donne naissance à une affection légère, la vaccine. Le sujet vacciné est à l'abri de la variole pendant une durée variable qui est d'environ une dizaine d'années. En temps d'épidémie la grossesse n'est pas une contre-indication à la vaccination de la femme.

Dans la pratique, on fait usage de la pulpe conservée dans la glycérine ; la vaccine humaine ou de bras à bras est actuellement abandonnée ; quant au vaccin pris directement sur les génisses, on ne l'emploie que dans les instituts spéciaux.

Les instruments, dont on se sert pour vacciner, sont la lancette ordinaire ou une lancette spéciale portant sur une de ses faces une légère rainure médiane aboutissant à la pointe, qui est souvent en forme de fer de lance. On peut prendre également une aiguille ou une plume métallique,

mais on donnera la préférence à une plume spéciale, le *vaccinostyle*. Tous ces instruments doivent être stérilisés par l'ébullition ou par le flambage avant de s'en servir.

L'opération peut être pratiquée dans toutes les régions du corps, mais le lieu d'élection est la face externe et supérieure du bras; chez les petites filles on vaccine parfois sur le mollet afin d'éviter les cicatrices disgracieuses du bras qui persistent pendant toute la vie.

Dans quelques cas on profite de la vaccination pour faire disparaître certaines taches rouges ou violacées de la peau, véritables tumeurs érectiles, en inoculant le vaccin à leur niveau.

Le bras ayant été savonné dans toute sa partie supérieure et externe, on le saisit par-dessous avec la main gauche, la main droite tient la lancette, sur laquelle le vaccin a été déposé près de la pointe, et l'enfonce dans l'épiderme obliquement et superficiellement. La pointe est soulevée en même temps qu'on la retire, de la sorte on l'essuie contre les lèvres de la plaie. On peut faire plusieurs piqûres à chaque bras; deux sur le même bras suffisent le plus souvent. Chez les petites filles, ces deux piqûres devront être faites à 2 centimètres d'intervalle sur une même ligne horizontale au niveau de la partie médiane du deltoïde.

Vers la fin du troisième jour apparaît au niveau de chaque piqûre une tache rose reposant sur une base indurée ; le quatrième jour, la rougeur est plus apparente, elle est circulaire et déprimée à la partie médiane, le cinquième jour la *papule* se transforme en *vésicule* aplatie, transparente, elle s'agrandit les jours suivants par sa périphérie qui prend une teinte nacrée. Le septième jour le tissu cellulaire souscutané s'enflamme et le huitième jour le bouton atteint sa maturité. Au niveau de chaque piqûre on voit une large vésicule, à contours arrondis, de la dimension d'une lentille; la surface légèrement rugueuse est ombiliquée au centre, la couleur est blanchâtre et plus transparente à la

périphérie ; les bords surélevés sont entourés d'une *aréole* rosée ou rouge. Le neuvième jour la transparence disparaît, la vésicule se tranforme en *pustule* et une petite croûte noirâtre commence à apparaître à son sommet. La chaleur est mordicante et le bras lourd, douloureux ; quelquefois il existe une inflammation ganglionnaire plus ou moins accentuée et un léger accès fébrile. Le dixième jour la phase inflammatoire s'accentue et le bourrelet s'aplatit, le onzième jour l'inflammation s'atténue avec le commencement de la *dessiccation*, qui s'étend du centre à la périphérie. Les jours suivants la pustule est transformée en une croûte noirâtre, qui se dessèche peu à peu et ne tombe spontanément qu'au cours de la troisième ou quatrième semaine (20 ou 25ᵉ jour). Il reste une cicatrice gaufrée, d'abord rose puis bleuâtre, qui devient plus tard blanchâtre et ne s'efface jamais.

L'éruption de la *fausse vaccine* diffère de la précédente par la rapidité de l'apparition de la vésicule (2ᵉ jour) et de la suppuration (3ᵉ ou 4ᵉ jour), la croûte se détache au bout de cinq à six jours et ne laisse pas de cicatrice. Cette fausse vaccine se produit chez les individus qui sont déjà vaccinés ou qui ont eu la variole, elle est également due à l'emploi d'une pulpe vaccinale de mauvaise qualité.

La *vaccine généralisée* est une éruption pustuleuse diffuse, due à des inoculations secondaires produites par le grattage ou apparaissant spontanément.

A la suite de la vaccination on peut voir survenir différents *accidents :* phlegmon, adénite suppurée, érysipèle, gangrène, septicémies diverses, ils sont déterminés par l'emploi d'une *lymphe impure* ou d'*instruments septiques*.

Enfin rappelons que la vaccine prise sur un enfant atteint d'hérédo-syphilis a amené le développement d'un *chancre vaccinal* au point inoculé, c'est pour cette raison que la vaccination de bras à bras a été rejetée pour être remplacée par le vaccin de génisse.

Les enfants nouveau-nés doivent être vaccinés dans les trois premiers mois de leur naissance ; en temps d'épidémie

il faut les vacciner le plus tôt possible. Dans les maternités la vaccination est pratiquée au cours de la première semaine si l'état général est bon. L'immunité étant limitée, il est prudent de la renouveler tous les cinq ou six ans.

VAGIN (DÉCHIRURES DU)

Le vagin est le siège fréquent de déchirures au cours de l'accouchement, terminé spontanément ou à l'aide d'une intervention. Souvent peu importantes, elles sont parfois très étendues ou très profondes et dans ce cas elles sont le point de départ immédiat d'une hémorragie, qui peut être abondante, ou d'accidents infectieux, qui éclatent pendant la période des suites de couches. C'est d'ordinaire à propos d'une de ces complications qu'elles sont reconnues.

Chaque fois qu'une plaie de vagin sera constatée, il ne faudra pas l'abandonner à elle-même. Il est nécessaire de la traiter aussitôt, mais le traitement varie selon le moment où elle est diagnostiquée, suivant son étendue en longueur et en profondeur et suivant son siège.

Il faut distinguer en effet les déchirures de l'orifice antérieur, qui se confondent le plus souvent avec les solutions de continuité du périnée (voir PÉRINÉE), les déchirures du corps du vagin et les déchirures des culs-de-sac.

Traitement. — *Du traitement prophylactique* nous dirons peu de chose ; il repose, en partie du moins, sur le diagnostic exact de toutes les causes de dystocie pelvienne, vaginale ou péri-vaginale, de la présentation fœtale et sur la connaissance approfondie de toutes les interventions obstétricales. Celles-ci ne doivent être faites que si elles sont commandées par des indications bien précises et elles seront exécutées avec douceur et lenteur.

Le *traitement curatif* varie suivant la variété de déchirure, suivant son étendue et suivant les lésions voisines qui peuvent l'accompagner.

I. — Dans les cas les plus simples, ceux où il n'existe que des *déchirures superficielles* de la muqueuse vaginale, il suffit le plus souvent d'exagérer les soins antiseptiques des suites de couches pour voir la réunion se faire par première intention. Si la lésion est plus profonde et qu'elle donne naissance à une hémorragie, on se contente souvent de lutter contre celle-ci soit par des injections vaginales chaudes à 48 ou 50°, soit par l'application de pinces à forcipressure qu'on laisse à demeure pendant plusieurs heures, soit par la compression digitale faite au moyen d'un ou de plusieurs doigts introduits dans le vagin et appliqués fortement sur la plaie pendant 5 à 10 minutes, soit encore par un tamponnement vaginal qu'on obtiendra en introduisant dans le vagin des tampons de coton ou de gaze aseptiques ou antiseptiques et qu'on laissera en place pendant douze heures.

II. — Le seul procédé vraiment chirurgical est la *suture immédiate* ; en rapprochant les deux bords de la plaie, elle permet d'assurer à la fois l'hémostase et la réunion aussi parfaite que possible des tissus. Elle fait aussi disparaître cette vaste porte d'entrée, point de départ fréquent des accidents infectieux du post-partum, et elle évite pour l'avenir la formation de tissu cicatriciel ou de brides, qui peuvent devenir un danger pour un accouchement ultérieur. La suture est donc sans aucun doute la méthode de choix ; elle peut paraître difficile à exécuter, lorsque la déchirure occupe un siège élevé, alors qu'elle devient très facile dans les solutions de continuité de l'extrémité inférieure du vagin. Celles-ci sont du reste presque toujours accompagnées de rupture du périnée et leur réparation constitue un des temps de la périnéoraphie immédiate.

Pour faire la suture d'une déchirure du vagin, il faut avoir à sa disposition deux valves, un porte-aiguille, une dizaine d'aiguilles courbes et un fil à ligature quelconque : soie, catgut ou même crins de Florence. Un seul aide est nécessaire pour tenir les valves.

Avant de commencer l'opération, on préparera quelques

tampons de gaze ou de coton sec, ou encore des tampons trempés dans un liquide antiseptique et bien exprimés, puis on enfilera le fil à ligature dans les aiguilles afin de les avoir toutes prêtes à servir ; on fera une injection vaginale chaude, 48°, et antiseptique pour entraîner les caillots, qui peuvent recouvrir la plaie, et pour arrêter l'écoulement sanguin.

Les valves, une fois placées par l'opérateur, seront confiées à l'aide, on se rendra bien compte de la longueur et de la profondeur du traumatisme. Le premier fil sera passé au niveau de l'angle supérieur de la plaie et noué immédiatement, le deuxième fil sera placé un centimètre environ au-dessous du premier et lié aussitôt, et ainsi de suite jusqu'au niveau de l'angle inférieur de la plaie. L'aiguille sera chaque fois introduite à un demi-centimètre du bord droit de la solution de continuité, elle saisira toute l'épaisseur de la paroi et ne ressortira qu'à un demi-centimètre au-dessous du bord gauche.

Lorsque tous les fils auront été placés et sectionnés, on fera une nouvelle injection antiseptique et on appliquera dans le vagin un tampon de gaze iodoformée ou salolée qui sera changée le lendemain en se servant d'une valve pour protéger la surface suturée. Ce pansement sera fait tous les jours pendant une semaine, les fils seront enlevés le dixième jour, à moins qu'on ait employé du catgut.

III. — *La plaie peut n'avoir pas été suturée volontairement ou par absence de diagnostic et n'être reconnue qu'au cours d'un examen fait tardivement pour rechercher la cause d'accidents fébriles apparus pendant les suites de couches.* — Il faut alors la traiter d'une façon spéciale, on commencera par la désinfecter soigneusement par des applications de teinture d'iode, d'eau oxygénée coupée au 1/3 ou de glycérine créosotée au 1/5, puis on tamponnera le vagin à la gaze iodoformée. Si l'on se trouve en présence d'une plaie béante, nécessitant un temps trop long pour se consolider, on peut essayer d'en rapprocher les bords par

des points de suture ; cette réparation secondaire ne sera faite qu'après une désinfection complète de la plaie et quelquefois après un léger grattage des bourgeons charnus.

IV. — *La rupture supérieure et particulièrement la rupture des culs-de-sac vaginaux présentent une physionomie spéciale et réclament une intervention qui leur est propre.* — Celle-ci varie suivant que le fœtus est encore dans la filière génitale et suivant que l'enfant est passé en totalité ou en partie dans la cavité abdominale. Dans les deux cas, il y a intérêt à terminer l'accouchement le plus vite possible. Dans le premier, la conduite à tenir dépend de l'état du fœtus qui peut être vivant ou mort et des dimensions du bassin.

Si l'enfant a succombé, on aura recours à la basiotripsie dans la présentation du sommet, à l'extraction dans la présentation du siège, à l'embryotomie dans la présentation de l'épaule.

Si au contraire *l'enfant est vivant*, si le bassin est normal ou peu rétréci et si le volume de la tête fœtale ne paraît pas exagéré, on s'adressera au forceps lorsque l'engagement est effectué, à la version lorsque le fœtus est au-dessus du détroit supérieur. Dans le cas où le bassin est rétréci avec un diamètre promonto-pubien minimum supérieur à 7 centimètres, c'est à la symphyséotomie qu'il faut avoir recours.

L'accouchement une fois terminé, on cherche à se rendre compte de la situation exacte, de l'étendue et des complications immédiates des lésions ; on se livre ensuite à leur réparation en suturant les lèvres de la déchirure suivant la technique déjà décrite et après avoir pris toutes les précautions antiseptiques habituelles. Si la plaie vaginale remonte jusque dans la cavité pelvienne, il peut être prudent de faire une suture incomplète et de placer un drain. On peut n'être pas outillé pour pratiquer la suture immédiate, on doit alors faire une antisepsie rigoureuse et bourrer le vagin de gaze iodoformée.

Dans les cas où le fœtus est passé en totalité ou en partie dans la cavité abdominale, on se trouve dans les mêmes conditions que s'il agissait d'une rupture utérine. L'enfant est toujours mort, le bassin est le plus souvent rétréci et même très rétréci, et c'est pour cette raison que le vagin a éclaté; il faut donc s'adresser à l'intervention qui fait courir le moins de risques à la parturiente déjà épuisée par un travail long et par le traumatisme qui s'est produit.

La *laparotomie* est l'intervention de choix ; depuis l'ère antiseptique sa gravité s'est beaucoup atténuée et elle ne doit plus être taxée « d'affreuse opération », comme l'avait fait Mme Lachapelle qui lui préférait l'extraction directe.

Elle nécessite peu d'aides et d'instruments, elle permet d'extraire le fœtus en voyant ce qu'on fait et en évitant par conséquent d'entraîner ou de déchirer l'intestin, elle permet aussi de faire une toilette aussi complète que possible du péritoine, de constater l'étendue et l'importance des lésions et de drainer le cul-de-sac de Douglas. Enfin, grâce à elle, on peut se rendre compte de la nécessité d'enlever l'utérus si les lésions sont trop considérables ou si celui-ci paraît déjà infecté.

Le placenta a pu accompagner le fœtus dans la cavité abdominale, il sera alors extrait en même temps que ce dernier; sinon après avoir sectionné le cordon on devra aussitôt faire la délivrance artificielle en passant par les voies génitales. Les mains et les avant-bras seront savonnés et désinfectés de nouveau, comme on l'avait fait au début de l'opération. C'est alors seulement qu'on se livre au nettoyage du péritoine souillé de sang et de méconium et qu'on fait la suture partielle de la plaie de façon à drainer la cavité péritonéale soit avec deux gros drains de caoutchouc, soit, si on n'en a pas sous la main, avec de la gaze qu'on fera passer du péritoine dans le vagin.

Le pansement terminé, on fera des injections sous-cutanées de sérum artificiel qu'on pourra répéter les jours suivants.

VAGINITE PENDANT LA GROSSESSE

La vaginite est une affection qui n'est pas rare pendant la grossesse ; les modifications, que cette dernière détermine dans toute la zone génitale, semblent rendre le vagin moins résistant à l'action des micro-organismes. Dans bien des cas la vaginite, qu'on constate pendant la gravidité, semble n'être que le réveil d'une vaginite ancienne ou la transformation en vaginite aiguë d'une affection latente ou chronique.

Un des caractères de la vaginite survenant pendant l'état gravide, c'est de prendre l'aspect *granuleux*. Le doigt, qui pratique le toucher, sent une surface plus ou moins irrégulière, constituée par des granulations ayant le volume d'un grain de millet ; d'autres fois ce sont de véritables papilles qui hérissent toute la muqueuse. Tantôt le vagin est humide, tantôt au contraire il paraît sec et râpeux. Le plus souvent il y a une leucorrhée abondante, jaune verdâtre, due à la desquamation de la muqueuse vaginale et à l'hypersécrétion des glandes du col, car celui-ci par la situation du museau de tanche fait partie du vagin, dont il forme le fond. La métrite cervicale coïncide donc presque toujours avec la vaginite.

Ces sécrétions purulentes, très riches en micro-organismes, constituent un gros danger au moment de l'accouchement, d'abord pour l'enfant, dont les yeux peuvent être inoculés au moment de la traversée vaginale, pour la mère ensuite, car les microbes pathogènes peuvent remonter dans la cavité utérine où ils trouvent un excellent milieu de culture pour se développer. Aussi faut-il toujours instituer un traitement énergique destiné à enrayer le développement des végétations et à prévenir l'infection.

Traitement. — Pendant la grossesse on prescrira des injections bi-quotidiennes de deux litres d'eau bouillie tiède dans laquelle on mettra un des paquets suivants :

Permanganate de potasse. . . . . 1 gramme

Pour un paquet

S'il y a de la vaginite granuleuse, on devra également ordonner d'introduire le soir un tampon muni d'un cordon et trempé dans

Goménol	5 grammes
Huile stérilisée	30 —

Au moment de la naissance on instillera dans les yeux du nouveau-né, après les avoir bien savonnés, deux ou trois gouttes de

Nitrate d'argent à . . . . 1 p. 100

Pendant les suites de couches, il faudra redoubler de précautions et pratiquer trois fois par jour des injections vaginales de permanganate de potasse suivant la formule indiquée ci-dessus.

VARICES

La dilatation variqueuse des veines des membres inférieurs est fréquente pendant la grossesse, surtout chez les multipares. On les rencontre de préférence chez les prédisposées, chez les femmes ayant une profession qui les oblige à rester debout, et chez celles dont l'utérus est développé d'une façon excessive.

D'autres régions sous-abdominales peuvent aussi être le siège de varices pendant la grossesse; on les rencontre dans la région anale (hémorrhoïdes), au niveau de la vulve, du vagin et même de la vessie.

Elles se présentent avec tous les signes physiques et fonctionnels qu'on constate en dehors de la gravidité; elles peuvent également se compliquer de lésions cutanées : eczéma, ulcère, etc.

Mais les complications les plus importantes sont la rupture, la phlébite et la périphlébite variqueuses.

La phlébite variqueuse est caractérisée par de la douleur, de la rougeur et de l'induration; son siège de prédilection

est la partie moyenne et interne de la cuisse. Elle détermine une impotence plus ou moins complète.

Quant à la rupture, elle est spontanée ou plus souvent traumatique. Si l'hémostase n'est pas faite rapidement, la mort peut survenir en l'espace de quelques instants. C'est là un des accidents qu'il faut craindre au moment de l'accouchement chez les femmes qui ont des varices vulvaires très développées.

Traitement. — On conseillera à la femme qui a des varices d'éviter la fatigue, la station debout et le port des jarretières, on lui défendra les aliments épicés et l'alcool.

Si les varices sont très accusées, elle devra porter un bas élastique avec cuissard ou une bande en crépon de laine, qui partira du pied et montera jusqu'à la partie supérieure de la cuisse.

Lorsqu'il existe de l'*œdème* ou des craintes de rupture, il est nécessaire de prescrire le repos horizontal au lit ou sur la chaise longue, les membres inférieurs allongés et légèrement surélevés.

La *phlébite variqueuse* sera combattue par le repos absolu au lit et par des applications de compresses humides et chaudes, recouvertes de taffetas chiffon. Au bout de 48 heures, ce pansement sera remplacé par une légère couche de la pommade suivante :

Argent colloïdal	10 grammes	
Lanoline	àâ 25	—
Axonge benzoïnée		

sur laquelle on appliquera une forte épaisseur de coton.

La *rupture* d'une varice, quel que soit son siège, membres inférieurs ou vulve, doit être rapidement traitée soit par la compression, soit par l'application d'une pince à forcipressure qu'on laissera en place 24 ou 48 heures, soit de préférence par la ligature du vaisseau chaque fois que cela sera possible.

Si les varices ne s'atténuent pas après l'accouchement, on aura recours à l'effleurage pratiqué de bas en haut, puis au massage léger. Un traitement hydrominéral à Bagnoles-de-l'Orne peut rendre dans ces cas de grands services.

VÉGÉTATIONS DE LA GROSSESSE

Les végétations ano-vulvaires ne se rencontrent guère que dans la clientèle hospitalière; elles sont dues en effet à l'absence de soins de propreté dans une région irritée par des écoulements vaginaux, souvent blennorragiques. Elles ne doivent donc pas être considérées, ainsi qu'on l'a cru longtemps, comme étant d'origine syphilitique. Il s'agit en réalité d'une dermite banale à laquelle la grossesse imprime son caractère hypertrophiant.

Elles siègent sur les différentes formations vulvaires et gagnent la face interne des cuisses, les régions périnéale et anale et parfois même, mais plus rarement, la cavité vaginale. Leur volume est très variable depuis le simple papillome de la grosseur d'un grain de millet jusqu'à ces masses bourgeonnantes en forme de choux-fleurs, grosses comme le poing. Leur aspect est blanchâtre, rosé ou brun.

Elles s'accompagnent d'un suintement souvent très abondant, purulent et d'odeur fétide, qui détermine des démangeaisons et de l'érythème dans toute la région vulvaire et péri-vulvaire.

Si elles ne sont pas traitées, elles augmentent de volume jusqu'à la fin de la grossesse et elles s'étendent de plus en plus sur les parties avoisinantes.

Elles diminuent l'élasticité des tissus qui se déchirent plus facilement au moment de l'accouchement. Placées à l'entrée des organes génitaux elles constituent un foyer microbien qui peut être une cause d'infection pendant les suites de couches.

Traitement. — C'est beaucoup pour cette raison qu'il

faut essayer de les détruire à leur origine ; au début, des injections vaginales au

Permanganate de potasse	1 gramme

pour deux litres d'eau bouillie et des pansements humides avec de la gaze trempée dans la même solution suffisent d'ordinaire.

Lorsqu'elles ne rétrocèdent pas, on peut toucher cette masse végétante avec un tampon monté qui a été trempé dans

Nitrate d'argent	5 grammes
Eau distillée	50 —

ou dans :

Acide chromique	5 grammes
Eau distillée.	20 —

et les saupoudrer ensuite avec :

Oxyde de zinc.	àà 15 grammes
Tannin	
Talc.	

Lorsque les végétations ne sont constatées qu'au moment de l'accouchement, on commencera par les désinfecter avec des pansements humides au permanganate de potasse ou à l'eau oxygénée à 12 volumes coupée au tiers. Puis plus tard, on les grattera à la curette et on les incisera aux ciseaux en liant les pédicules, qui sont assez volumineux, et en cautérisant au thermocautère ceux qui ne supportent pas la ligature. Il n'est pas rare de constater des hémorragies en nappe assez abondantes qui s'arrêtent sous l'influence de la compression et de l'application d'une poudre stérilisée, à l'ektogan par exemple.

VERSION

La version est une opération par laquelle on déplace l'axe longitudinal du fœtus dans le but de substituer à une présentation défavorable une présentation meilleure.

La version est céphalique quand c'est la tête qui est ramenée en bas, elle est podalique ou pelvienne si c'est le siège.

On peut l'exécuter soit par manœuvres purement externes, soit par manœuvres exclusivement internes, soit enfin par manœuvres mixtes.

Nous étudierons successivement les indications et la pratique de ces trois variétés d'opération.

I. — *Version externe.*

Indications. — D'une façon générale, on peut dire que les indications de la version externe sont moins pressantes, moins absolues que celles de la version interne. Il en existe une cependant qui vient en première ligne : c'est la présentation de l'épaule qu'il faut toujours s'efforcer de transformer en une présentation longitudinale et de préférence en sommet.

Quand il existe une présentation du siège, il vaut mieux tenter une version que d'abandonner la grossesse à elle-même.

Lorsque le bassin est légèrement vicié, P.S.P. égal ou supérieur à 10,5, il peut être intéressant, au moins chez les multipares, de rechercher les présentations du siège et dans ce but de pratiquer une version podalique externe alors même que la présentation primitive serait un sommet.

Enfin dans l'accouchement gémellaire, elle permet de corriger après la naissance du premier enfant la présentation du second dans le cas où elle est vicieuse.

Contre-indications. — La version externe est contre-indiquée dans la grossesse gémellaire avant la sortie du premier enfant, dans l'hydrocéphalie, dans les affections douloureuses de l'abdomen, et en général toutes les fois que son exécution se heurte à des difficultés sérieuses. *La force doit être absolument bannie de toute tentative de version.*

Au cours de la grossesse, il faut encore éviter de faire une version externe lorsque l'utérus est le point de départ d'hé-

morragies plus ou moins importantes ou encore quand on redoute un accouchement prématuré; dans ces deux cas les pressions exercées sur l'utérus pourraient avoir pour conséquences soit une recrudescence des hémorragies, soit l'éveil prématuré des contractions utérines.

Pratique de la version externe. — La femme doit être à jeun, la vessie et le rectum à l'état de vacuité; elle est mise dans le décubitus horizontal, la tête à peine relevée par un coussin. Exceptionnellement on peut avoir recours à la position déclive dite de Trendelenburg pour désenclaver un siège déjà engagé. Les mains de l'opérateur ne doivent pas être froides. On engage la patiente à respirer librement, à relâcher complètement les muscles abdominaux et à rester aussi passive que possible. Cela fait, on vérifie le diagnostic de l'attitude du fœtus par le palper et *on ausculte.*

Le déplacement du fœtus nécessite d'abord le désenclavement de la présentation, si celle-ci a déjà franchi le détroit supérieur. On reconnaît l'enclavement à l'impossibilité de déplacer la partie fœtale vers l'une ou l'autre fosse iliaque. Si ce premier temps échoue, il faut renouveler la même tentative en mettant la femme dans une position fortement déclive.

Quand la présentation a pu être refoulée vers l'une ou l'autre fosse iliaque, on peut songer à tenter la version proprement dite. Généralement le déplacement du fœtus est obtenu plus facilement en agissant sur l'occiput de manière à augmenter la flexion. Quand la version est facile, il suffit de presser d'une façon soutenue sur l'occiput en le suivant dans le sens où il se déplace pour voir le fœtus tout entier évoluer progressivement, mais quand la version est difficile il faut agir en même temps sur le siège pour le refouler en sens inverse, vers le haut si on pousse la tête par en bas, vers la droite si on pousse la tête vers la gauche.

Le moment le plus difficile dans l'évolution du fœtus, quand il n'était pas primitivement en présentation de l'épaule, est celui où il doit franchir l'axe transversal de

l'utérus. Si la tonicité de cet organe est trop grande, cette attitude de transition ne peut être obtenue et la version reste impossible.

La version terminée, il faut ausculter à nouveau.

Quand l'opération est pénible, il est bon d'ausculter de temps en temps pendant qu'elle s'accomplit ; il serait prudent de renoncer à ces tentatives si l'on constatait une modification importante des bruits du cœur fœtal.

Une fois l'évolution du fœtus achevée, il faut maintenir la présentation obtenue ; on y réussit au moyen de la ceinture eutocique de Pinard ou encore en improvisant un bandage de corps muni de deux coussins cylindriques longitudinaux cousus au bandage, bourrés de balle d'avoine ou de coton ; ces coussins s'opposent à toute mutation de présentation spontanée.

Par rapport à l'âge de la grossesse, le moment de choix pour la version externe est la fin du huitième mois, mais on peut encore la faire avec succès beaucoup plus tard et même au moment du travail tant que les membranes sont intactes.

Quand on ne réussit pas la version externe, il ne faut pas y renoncer définitivement, mais recommencer à quelques jours d'intervalle. Il arrive ainsi que l'on exécute facilement une version qui peu de jours avant paraissait impossible. Si l'opération échoue encore et qu'on la juge cependant indispensable, on pourrait faire une nouvelle tentative sous anesthésie générale (chloroforme ou éther).

II. — *Version par manœuvres mixtes.*

On l'appelle encore version bi-polaire ou manœuvre de Braxton-Hicks. Elle est d'un emploi peu courant, discutable même, aussi serons-nous très brefs sur ce chapitre.

Son indication principale sinon unique est l'hémorragie par insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus ; elle a pour but de substituer à la présentation du sommet une présentation du siège afin de comprimer plus ef-

ficacement le placenta qui saigne; il y a là une pétition de principe qui reste à démontrer.

Pour l'effectuer, on se sert de deux doigts introduits par le vagin au contact de la présentation à déplacer, elle suppose par conséquent que l'orifice utérin est assez souple ou assez dilaté pour permettre cette introduction. Comme, d'autre part, il s'agit d'un placenta inséré bas, il n'y a pas lieu de respecter l'intégrité des membranes, on commence par les rompre largement si elles ne le sont déjà. Les deux doigts intra-utérins s'efforcent ensuite de soulever et de déplacer la tête pendant que l'autre main à travers la paroi abdominale agit dans le même but soit sur la tête, soit sur le siège du fœtus. Au cours de l'évolution, il arrive nécessairement un moment où les doigts perdent à peu près contact avec le corps du fœtus et où toute la besogne est faite par la main abdominale.

Bien entendu, pour que les doigts puissent agir utilement, ils doivent pénétrer très profondément, il faut donc la plupart du temps introduire la main entière dans le vagin, c'est dire que l'anesthésie générale est à peu près indispensable, sauf contre-indication. Une fois le siège ramené en bas, on peut ou le laisser complet ou abaisser un pied, ce qui permet d'une part de comprimer à volonté le segment inférieur, siège de l'hémorragie, par de simples tractions sur ce membre et ce qui, d'autre part, excite la contraction utérine et favorise la dilatation ; malheureusement cette manœuvre expose à des inspirations prématurées du fœtus et donne lieu de ce fait à une mortalité fœtale très élevée.

III. — *Version par manœuvres internes.*

Dans cette variété de version, c'est toujours le siège du fœtus que l'on ramène au détroit supérieur, la version est donc podalique.

Indications : *a*) absolue : la présentation de l'épaule ;
b) relatives :

1° la nécessité de terminer rapidement l'accouchement dans l'intérêt de la mère ou dans celui de l'enfant lorsque la tête n'est pas engagée ;

2° les rétrécissements modérés du bassin localisés au détroit supérieur.

Contre-indications : la mort du fœtus ;
la rétraction utérine ;
la dilatation insuffisante de l'orifice utérin.

Pratique de la version interne. — Lorsqu'on juge que la version interne est indiquée, il faut avant tout s'assurer que cette opération est réalisable et pour cela il faut faire un examen absolument complet de la patiente par le palper, le toucher et l'auscultation. Les points principaux sur lesquels doit porter cet examen sont : la vie du fœtus, le degré de rétraction de l'utérus (quand les membranes sont rompues), la résistance des parties molles, l'état de dilatation du col, la forme et l'amplitude du bassin.

Il faut éviter de pratiquer la version interne à travers un orifice utérin incomplètement dilaté ou tout au moins incomplètement dilatable sous peine de voir cet orifice se refermer instantanément sur le cou du fœtus et l'encercler d'un anneau absolument inextensible.

Il faut encore s'abstenir lorsque, les membranes étant rompues depuis un certain temps, l'utérus est rétracté sur le fœtus. L'appréciation du degré de cette rétraction est très importante : légère, elle permet encore la version ; plus marquée, elle devient un obstacle tellement dangereux que la matrice se rompt, mais ne se laisse pas distendre au moment où le fœtus évolue. Le toucher manuel est le seul moyen d'apprécier la rétraction utérine : tant que (dans l'intervalle des contractions) la main pénètre sans difficultés entre le fœtus et la paroi, la version est possible sans danger pour l'utérus. Au contraire, si la main n'avance qu'avec difficultés, si presque dès l'entrée elle est encerclée par un anneau musculaire épais, anneau de caoutchouc dur

qui se change en anneau de fer au moment de la contraction, il est préférable de s'abstenir.

Quant au bassin, la notion de rétrécissement pelvien ne doit pas être une surprise de la dernière heure, au moment où la tête va franchir le détroit supérieur. Il faut toujours avoir soin de s'assurer de l'existence et du degré du rétrécissement et de la forme du bassin. Dans les rétrécissements modérés la version devient un procédé thérapeutique, elle doit être abandonnée, si l'angustie pelvienne est plus prononcée (voir Bassin vicié par rachitisme).

Enfin toutes les fois que l'enfant est mort, ce serait une faute que de tenter une version, même si cette version est facile en apparence. L'embryotomie rachidienne permet d'extraire le fœtus aisément sans faire courir à la mère les mêmes risques.

Ceci dit, nous supposons connus dans leurs grandes lignes les trois temps de la version interne : 1° recherche et saisie du pied ; 2° évolution du fœtus ; 3° extraction, et nous allons insister sur les détails d'exécution.

La patiente ayant été minutieusement examinée, comme nous l'avons dit, il faut avant d'opérer faire un certain nombre de préparatifs.

Le lit, surtout lorsqu'il est bas, est très gênant ; habituellement il vaut mieux coucher la patiente sur une table ou sur une commode où elle se trouvera à une hauteur convenable, sinon, on glisse sous le matelas des objets épais et résistants : gros livres, caissettes en bois, rallonges ou planches à repasser.

Pour l'opération elle-même, il suffit de préparer un ou deux lacs avec des cordons de tablier ou de la mèche de lampe à pétrole.

Après la version, il faudra souvent ranimer l'enfant, qui peut naître en état de mort apparente. Il est donc nécessaire de préparer dans des récipients quelconques de l'eau chaude et de l'eau froide, et avoir sous la main l'insufflateur de Ribemont, de l'alcool, de la farine de moutarde et des linges chauds. L'instrumentation à stériliser comprend, en

outre, une paire de ciseaux, deux pinces de Kocher, une sonde vésicale et une sonde utérine. Une pince de Laborde pour les tractions rythmées de la langue peut rendre service.

Tout étant prêt, la femme est placée en position obstétricale, les jambes confiées à deux aides. L'anesthésie générale facilite la version, mais elle n'est pas indispensable, à moins que l'utérus ne paraisse déjà à la limite de la trop grande rétraction.

Pour bien opérer, il faut opérer posément, avec sang-froid et sans hâte ; le mieux est de toujours considérer l'enfant comme sacrifié, c'est le meilleur moyen d'éviter une hâte funeste pour lui.

L'introduction de la main doit être faite lentement en prenant la peine de bien reconnaître au passage les régions que l'on traverse et en ayant soin de bien fixer ou de faire fixer le fond de l'utérus. Faute de prendre ces précautions, rien n'est plus facile que de crever ou de désinsérer les culs-de-sac du vagin. La saisie du pied n'offre pas de très grosses difficultés, si l'on veille à introduire le bras très profondément. Les débutants ne vont jamais assez loin, ils s'arrêtent dès que la moitié de l'avant-bras est dans le vagin ; il faut aller beaucoup plus avant, l'enfoncer jusqu'au coude ou même un peu au delà. Ici encore, il faut cheminer sans hâte, attendre patiemment que la contraction utérine cesse pour poursuivre sa route, et ne pas s'embarrasser les doigts dans le cordon ou les membranes surtout dans le cas de gemellité.

Une fois le pied atteint et saisi, on tire sur lui pour faire évoluer le fœtus. Le sens de ces tractions est fort important, car on a toujours une tendance à tirer trop en avant, il faut tirer en bas vers l'anus en se mettant à genoux au besoin, surtout si la patiente est couchée sur un lit bas.

Pour favoriser l'évolution du fœtus, l'anesthésie générale est le meilleur adjuvant, il faut éviter de tirer brutalement; on peut essayer de favoriser le déplacement de la tête en agissant sur elle par l'extérieur, mais toujours avec douceur. La « double manœuvre », qui consiste à refouler la

tête avec une main pendant que l'on tire sur le pied au moyen d'un lac, est extrêmement dangereuse, il est préférable de ne pas la tenter. Il faut se méfier d'une version devenue brusquement facile après avoir été difficultueuse ; c'est souvent le signe d'une rupture utérine.

Pour l'extraction, la principale précaution à prendre consiste à tirer bien par en bas, toujours vers l'anus, jusqu'à ce que la fesse postérieure commence à distendre le périnée ; à ce moment, on tire un peu plus en avant pour reprendre la première direction dès que le siège est dégagé.

Dans les bassins viciés, le passage de la tête au détroit supérieur nécessite la manœuvre de Champetier de Ribes qui consiste essentiellement à fléchir fortement la tête en introduisant deux doigts dans la bouche, à refouler l'occiput vers la gouttière sacro-iliaque du même côté, à incliner la tête sur son pariétal postérieur de manière à faire passer la bosse pariétale correspondante au-dessous du promontoire, ce qui donne un jeu suffisant pour permettre à l'antérieure de s'engager à son tour.

Ces manœuvres doivent être aidées et renforcées par un aide agissant à travers les parois abdominale et utérine sur la tête du fœtus.

Quand la version est terminée, il est bon de procéder à une vérification des lésions maternelles possibles, dès que l'enfant ne donne plus d'inquiétudes. Il est inutile et il peut être nuisible de pratiquer systématiquement la délivrance artificielle après la version ; il vaut mieux au contraire laisser à l'utérus le temps de reprendre sa tonicité, souvent compromise par un accouchement laborieux, et d'expulser de lui-même le placenta.

VESSIE (TROUBLES VÉSICAUX DE LA PUERPÉRALITÉ)

Un certain nombre de troubles vésicaux peuvent survenir pendant la puerpéralité ; quelques-uns ne se manifes-

tent par aucun trouble subjectif et il faut savoir les découvrir. Aussi cette étude sera-t-elle autant une étude de séméiologie qu'une étude de diagnostic et de thérapeutique.

Au *début de la grossesse*, il n'est pas rare de constater des envies fréquentes d'uriner ; ces mictions sont parfois d'une fréquence telle que les femmes en sont incommodées. Tantôt elles sont indolores, tantôt elles sont accompagnées de douleurs soit au moment même de la miction, soit immédiatement après l'évacuation vésicale. Les urines sont quelquefois troubles et presque boueuses, elles peuvent même être teintées de sang, on a du reste signalé de véritables hématuries d'origine vésicale, origine qu'on dépistera en employant le procédé des trois verres. Pour cela on fait uriner dans trois verres à expérience, une petite quantité dans le premier, la plus grande partie dans le second et les derniers centimètres cubes dans le troisième. Il est très possible que l'urine contenue dans les trois récipients soit colorée par du sang, mais celle qui aura été émise en dernier sera toujours plus foncée. Dans un cas observé, les envies étaient continuelles, et elles ne pouvaient être satisfaites que dans un bain de siège. Cette dysurie douloureuse est augmentée par la station debout et par la marche, elle nécessite parfois le maintien dans la position horizontale.

Ces troubles se rencontrent plus fréquemment chez les primipares que chez les multipares, ils apparaissent d'ordinaire au moment de la première période menstruelle absente, bien qu'on les ait constatés parfois avant la suppression des règles. Ils disparaissent au cours du troisième mois, mais ils peuvent persister jusqu'au quatrième.

Ces mictions fréquentes sont déterminées par la vascularisation de la vessie, mais ce n'est pas là l'unique raison, il en est une dont l'importance est peut-être encore plus grande, ce sont les rapports étroits qui existent entre l'utérus et la vessie. Normalement la matrice est en antéflexion légère, elle repose par son corps sur le réservoir urinaire ; sous l'influence de la grossesse elle s'hypertrophie sur place et elle

pèse de tout son poids sur la vessie qui se trouve ainsi comprimée entre le corps utérin et la symphyse pubienne, d'où diminution relative de sa capacité. La preuve de cette action, on la trouve dans le soulagement qu'éprouve la femme atteinte de dysurie dans le décubitus dorsal, la pesanteur entraînant l'utérus hypertrophié en arrière, du côté du sacrum, d'où dégagement passager de la vessie. On la retrouve encore, cette preuve, dans la disparition de cet accident lorsque l'utérus, trop volumineux pour rester logé en partie dans le bassin, passe tout entier dans l'abdomen.

De cette étude pathogénique on peut conclure à l'inefficacité des différents moyens thérapeutiques employés. Il est impossible de faire disparaître la véritable cause, c'est-à-dire l'augmentation du calibre des vaisseaux de la vessie et la congestion qui en est la conséquence. On atténuera cependant les symptômes en soumettant les femmes enceintes qui les éprouvent au régime lacté partiel ou absolu, en leur faisant prendre une eau alcaline, comme les eaux de Vichy, de Vals, d'Évian, d'Alet et en leur conseillant de garder le repos horizontal au lit ou sur une chaise longue. Les grands bains tièdes prolongés rendront aussi de grands services. Mais on doit compter surtout sur le temps, car ces troubles disparaissent vers le quatrième mois.

Il n'y a pas que la grossesse utérine qui soit capable de déterminer des troubles vésicaux à son début, la *grossesse ectopique* peut aussi retentir sur la vessie. Les troubles, qu'elle détermine du côté de cet organe, peuvent faire leur apparition dès la fin du premier mois, ils seront d'autant plus accentués que le kyste fœtal sera plus rapproché du réservoir urinaire, parce qu'il y aura à la fois développement des vaisseaux sanguins de la sphère génito-urinaire et action compressive. Cette dernière peut, dans certains cas, être réalisée non plus par la tumeur elle-même, mais indirectement par l'utérus refoulé en avant. Le plus souvent la tumeur fœtale est placée en arrière de l'utérus qu'elle repousse en avant à mesure qu'elle se développe, d'autre part ce dernier

organe s'hypertrophie et atteint les dimensions qu'il aurait normalement s'il renfermait une grossesse de deux mois et demi à trois mois. C'est pour ces raisons qu'on peut constater au cours de la grossesse extra-utérine de la dysurie ou au contraire des envies fréquentes d'uriner.

Ces troubles vésicaux pourront même dans certains cas mettre sur la voie du diagnostic, surtout lorsqu'ils seront associés à des douleurs dans le bas-ventre, à des pertes sanguines, à des tendances syncopales, à de la gêne dans la défécation.

Vers le *troisième ou le quatrième mois* de la grossesse on peut être consulté soit parce qu'une femme est dans l'*impossibilité d'uriner* ou que *la miction est difficile et pénible*, soit au contraire parce qu'elle *perd ses urines* d'une façon continuelle sans éprouver le besoin d'uriner. Ces mictions involontaires déterminent parfois une irritation des organes génitaux externes et de la face interne des cuisses, irritation qui peut s'accompagner de véritables excoriations. Il ne faut pas se laisser tromper par cette incontinence, qui est une *fausse incontinence*, et on doit rechercher la *rétention*, qui en est la cause la plus fréquente ; la perte des urines est dans ce cas une *miction par regorgement*. On découvre la femme si elle est au lit, on la fait déshabiller et étendre sur un divan, si elle vient consulter, et on l'examine avec soin. Dans les deux cas, qu'il s'agisse d'une rétention véritable ou d'une incontinence, on constate au niveau de la région hypogastrique et sur la ligne médiane une tumeur qui fait saillie et qu'à première vue on peut prendre pour l'utérus, d'autant plus qu'elle durcit quelquefois sous l'influence de la palpation. En général cette tumeur lisse et régulière présente un volume qui n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse ; de plus, elle est fluctuante, enfin le doute doit disparaître en ayant recours au cathétérisme et au toucher vaginal.

Par le cathétérisme on voit cette tumeur fondre peu à peu sous les yeux ; mais il faut savoir que l'introduction de la

sonde dans l'urèthre n'est pas toujours facile, le méat est quelquefois entraîné dans le vagin et il faut attirer vers la vulve la paroi vaginale antérieure saisie avec une pince tire-balle pour trouver le méat et y introduire une sonde molle. Il est inutile de dire que ce cathétérisme ne devra être pratiqué qu'après avoir employé les précautions antiseptiques habituelles : stérilisation de la sonde par l'ébullition, lavage soigneux de toute la région vestibulaire, désinfection des mains.

Par le toucher, on trouvera dans l'excavation une tumeur plus ou moins volumineuse suivant l'âge de la grossesse, lisse, régulière et rénitente ; le col n'occupe pas sa situation normale, il est plus antérieur, caché derrière la symphyse pubienne, quelquefois même difficile à atteindre. Lorsque la vessie a été vidée, on se rendra compte du volume de cette masse, de sa consistance et de ses connexions avec le col en combinant le palper abdominal au toucher vaginal, et on fera le diagnostic de *rétroversion de l'utérus gravide.*

Si, les troubles vésicaux existant depuis un certain temps, on retire de la vessie une urine trouble, fétide, pouvant même renfermer des débris membraneux, c'est qu'il existe une *cystite gangréneuse,* qui s'accompagne toujours de troubles généraux, fièvre et frissons. Ce sphacèle de la muqueuse vésicale a pu, dans quelques cas heureusement rares, se compliquer d'une rupture du réservoir urinaire qui s'est produite soit spontanément, soit sous l'influence d'un cathétérisme brutal.

Les troubles vésicaux, qui accompagnent la rétroversion, demandent un traitement spécial : c'est en premier lieu l'évacuation de la vessie, c'est ensuite la réduction de l'utérus gravide rétroversé ; de nombreux procédés ont été préconisés, mais ce serait sortir de notre sujet que de les exposer ici. S'il y a du sphacèle vésical, on devra faire des lavages de la vessie avec une solution antiseptique non caustique, eau boriquée, solution de permanganate de potasse

au quatre-millième, solution d'aniodol au millième, etc. Dans certains cas une intervention plus radicale est nécessaire, elle appartient au domaine chirurgical; c'est, comme l'ont conseillé Pinard et Varnier, soit de dilater l'urèthre, soit de faire la taille vaginale et d'aller chercher la membrane exfoliée en ayant soin de maintenir la fistule vésico-vaginale jusqu'à la guérison complète pour permettre à la vessie de se reposer.

Pendant la deuxième moitié de la grossesse, c'est-à-dire à partir de quatre mois et demi, l'attention pourra être attirée par *l'émission d'urines purulentes*. Si cette pyurie ne s'accompagne pas de troubles généraux, comme cela arrive dans certains cas, on pourra être entraîné à considérer la vessie comme le point de départ de cette suppuration, alors qu'elle provient de l'uretère ou du bassinet. On ne doit pas compter sur la recherche de la réaction de l'urine éliminée pour faire le diagnostic ; on a bien prétendu qu'elle était acide dans la pyélite, alcaline dans la cystite ; on ne comptera pas non plus sur la différenciation microscopique des cellules contenues dans le pus ; nous ne parlons pas de la cystoscopie, qui exige un matériel spécial. La clinique seule renseignera le plus souvent, on pratique un examen méthodique de tout l'appareil urinaire ; dans la pyélonéphrite, la palpation réveille une douleur rénale et urétérale, le toucher ne détermine aucune douleur au niveau du bas-fond vésical, alors que dans la cystite on provoquera par le toucher seul une douleur plus ou moins aiguë dans cette région et par le toucher combiné au palper, une nouvelle douleur dans tout le réservoir urinaire. On peut aussi interroger la capacité vésicale par une injection dans cet organe ; dans la cystite, on sera forcé de s'arrêter rapidement, la vessie est intolérante et on ne pourra aller au delà de 200 à 300 grammes de liquide. Un examen attentif des caractères de l'urine au moment de leur émission fournira aussi des signes importants : dans la pyélonéphrite l'urine est uniformément trouble, le pus étant intimement mélangé au liquide uri-

naire, tandis que, dans la cystite, le pus s'écoule au début ou à la fin de la miction, comme l'a bien montré Guyon par l'expérience des trois verres.

Existe-t-il réellement une *cystite gravidique?* Nous ne le croyons pas, la grossesse en elle-même n'est pas capable de déterminer une cystite, toutes celles, qu'on peut rencontrer pendant cette période de la vie féminine, sont des cystites qui pourraient survenir en dehors de la gravidité. Tantôt ce sont des cystites anciennes réveillées par l'état congestif de la vessie, état congestif dont nous avons déjà donné les raisons ; tantôt ce sont des cystites provoquées par un cathétérisme septique commandé par une rétention, tantôt enfin, ce sont des cystites ayant pour origine une infection gonococcique, car la grossesse ne met pas à l'abri des infections banales. La gravidité, par la congestion qu'elle engendre, peut créer au niveau de la vessie un lieu de moindre résistance ; elle peut aussi amener la rétention ; ce sont là deux causes prédisposantes de premier ordre, mais la véritable cause déterminante sera la pénétration du microbe, le coli-bacille souvent, le gonocoque quelquefois. Il est rare que ces agents de l'infection pénètrent spontanément dans la vessie malgré le peu de longueur de l'urèthre chez la femme, il est nécessaire qu'ils y soient transportés, et c'est le cathétérisme qui doit être le plus souvent accusé. Il est nécessaire d'exagérer les précautions qu'on doit prendre avant tout cathétérisme chez une femme enceinte ou récemment accouchée, et de redoubler de vigilance, car on pénètre dans un organe tout préparé pour l'infection.

Dans les *derniers mois de la grossesse* on peut constater soit de l'*incontinence,* soit de la *rétention.* Ces troubles se rencontrent surtout chez les primipares, car ils sont dus à l'action de la présentation fœtale sur la vessie. On sait qu'au cours de la première grossesse le fœtus s'engage dans l'excavation au cours du huitième mois, quelquefois plus tôt, alors que chez les multipares l'engagement ne se produit que dans la dernière quinzaine de la grossesse, quel-

quefois même seulement au moment du travail. La pénétration du fœtus dans le petit bassin gêne le développement du réservoir urinaire et détermine à son niveau une véritable compression ; aussi voit-on apparaître à cette époque soit des envies extrêmement fréquentes d'uriner, que l'on peut expliquer par une diminution relative de la capacité vésicale, soit des envies d'uriner qui doivent être satisfaites immédiatement, soit même des mictions involontaires sous l'influence du moindre effort, toux, éternuement, rire, etc. Cet écoulement incessant d'urine amène parfois au niveau de la vulve et de la face interne des cuisses une irritation à laquelle on remédiera par des lavages locaux fréquents et par des bains de siège ou par des grands bains.

La même cause, c'est-à-dire l'engagement profond du fœtus, peut déterminer une compression de l'urèthre contre la symphyse pubienne ou une coudure de ce canal, la vessie étant entraînée profondément par le segment inférieur de l'utérus, ou encore un allongement de l'urèthre par refoulement en haut du réservoir urinaire, véritable énucléation de la vessie par la partie fœtale. Ces différentes modifications du canal excréteur de l'urine aboutissent au même résultat : la difficulté ou l'impossibilité pour la vessie de vider son contenu. Si cette rétention se produit brusquement, elle s'accompagne d'un certain nombre de symptômes que la femme accuse spontanément et dont elle se plaint : besoins constants d'uriner, efforts tentés dans toutes les positions et sans résultats, douleurs dans le bas-ventre avec irradiations dans la région lombaire et du côté des cuisses, agitation, inquiétude, soif ardente, quelquefois même frissons, fièvre et sueurs abondantes. En présence de ce tableau on ne doit pas hésiter, on doit se porter directement du côté de l'hypogastre où l'on trouvera une tumeur lisse, régulière et fluctuante. Mais il n'en est pas toujours ainsi, le diagnostic de rétention peut être plus difficile à porter, lorsque celle-ci s'est installée petit à petit, d'autant plus que dans ces cas elle s'accompagne presque toujours de mictions par

regorgement. C'est alors le plus souvent par hasard qu'on s'aperçoit du développement anormal, quelquefois même considérable de la vessie ; en examinant la femme dans les derniers temps de sa grossesse ou même pendant l'accouchement, on peut être frappé par l'existence sur la ligne médiane de l'abdomen d'une saillie oblongue qui semble surajoutée à la masse utérine. Sa limite supérieure peut dépasser l'ombilic et elle est constituée par une ligne courbe dont la concavité regarde la symphyse pubienne. Si l'on découvre tout l'abdomen et qu'on regarde de profil, on a plus nettement encore l'impression d'une tumeur surajoutée, cette superposition peut être comparée à une brioche, dont le corps est représenté par l'utérus et la tête par la vessie. La palpation renseignera sur sa forme régulière, arrondie et lisse, sur sa consistance rénitente et fluctuante et sur ses connexions difficiles à préciser en bas et latéralement, mais en haut on percevra très nettement un sillon, véritable encoche qui sépare la tumeur superficielle de la tumeur profonde. Il ne pourrait y avoir de causes d'erreur que si la vessie était distendue d'une façon excessive, et cela peut arriver, puisque dans un cas on a retiré 7 litres d'urine. En présence d'un abdomen aussi développé, on peut penser avec raison à un excès de liquide amniotique ; mais par le toucher vaginal, on ne constatera pas la même tension au niveau du segment inférieur de l'utérus, il est vrai qu'on pourrait se trouver en présence d'une grossesse gémellaire avec hydropisie d'un seul œuf. Il n'y a qu'un moyen de faire le diagnostic, c'est de penser à la possibilité d'une rétention d'urine et d'avoir recours au cathétérisme. Celui-ci fera-t-il toujours disparaître la tumeur abdominale ? Non pas toujours, car on peut se trouver en présence d'une vessie développée en bissac, une portion est située dans la cavité abdominale et l'autre est dans l'excavation ; ces deux parties sont séparées l'une de l'autre par l'accolement des deux parois de la vessie comprimées entre la symphyse pubienne en avant et le segment inférieur de l'utérus distendu par la

présentation fœtale en arrière. La sonde, qu'on introduit, videra la poche pelvienne, mais laissera intacte la poche abdominale qu'on pourra prendre pour un kyste de l'ovaire, car elle est le plus souvent déplacée vers la gauche.

Au *moment de l'accouchement*, il est nécessaire de savoir reconnaître la distension de la vessie, car la présence de cette tumeur liquide suffit à empêcher l'engagement et prédispose à de mauvaises présentations ou à des accidents du travail, comme la procidence du cordon et des membres.

Chez les multipares et surtout chez les femmes à mauvais tissus, chez les obèses qui auront eu de gros enfants à leurs grossesses précédentes, il faut se méfier d'une variété spéciale de rétention sur laquelle nous désirons attirer l'attention. La vessie, dont le soutien inférieur est effondré, fait une saillie non plus dans l'abdomen, mais dans l'excavation où elle trouve de la place pour se développer. En examinant la femme dans la position obstétricale on apercevra au milieu d'une vulve béante la saillie constituée par la paroi antérieure du vagin, saillie qui s'accentue à chaque effort; par le toucher on remarquera que cette masse est molle et fluctuante dans l'intervalle des contractions, et qu'elle est au contraire tendue et élastique au moment où l'utérus se contracte. Il n'est pas rare de constater à ce moment l'émission involontaire de quelques gouttes d'urine. Cette tumeur liquide peut dans certains cas occuper une grande partie du bassin, et on sera obligé de la contourner du doigt pour trouver le col très haut situé et repoussé en arrière ou latéralement. Quand on sera en présence d'un cas semblable, on ne doit pas hésiter pour s'éclairer à avoir recours au cathétérisme, on verra alors cette tumeur disparaître, et bien souvent un accouchement, qui traînait en longueur, se terminera très rapidement; la tête, qui restait élevée, s'engagera brusquement lorsqu'on aura vidé la vessie, et l'expulsion suivra de près cette descente de la présentation.

Cette variété de dystocie se produit aussi au *cours de la délivrance* qui peut être très retardée par une vessie

distendue. On devra y penser chaque fois que l'utérus restera élevé et qu'il dépassera l'ombilic ; la présence du globe de sûreté et les renseignements, que fournira le pouls, feront éliminer toute crainte d'hémorragie interne. Lorsqu'au bout de trente ou quarante minutes on fera le toucher pour s'assurer de la descente du placenta et qu'on n'atteindra pas l'insertion du cordon sur la masse placentaire, on palpera l'abdomen avec douceur et on trouvera au-dessus du pubis et souvent du côté gauche une masse molle et fluctuante; c'est la vessie distendue et c'est elle qui empêche le délivre de descendre. On fera aussitôt le cathétérisme et dans la plupart des cas on verra le placenta apparaître à la vulve en même temps que s'écoulent les dernières gouttes d'urine.

Il ne faut pas croire qu'on sera à l'abri de tout trouble vésical avec la terminaison de l'accouchement, les *suites de couches* sont fertiles en incidents du côté de cet organe. Au cours du travail la vessie a été contusionnée à chaque contraction utérine, surtout pendant la période d'expulsion ; à ce moment elle est prise entre une résistance, qui est en avant le corps du pubis et la symphyse pubienne, et une puissance, représentée d'abord par le segment inférieur de l'utérus, puis par l'extrémité céphalique du fœtus. Le traumatisme sera d'autant plus considérable que l'accouchement aura été plus pénible et surtout qu'il aura été terminé par une force venue du dehors, application de forceps ou version.

Un trouble qu'on rencontre très fréquemment c'est la *rétention* dont les causes sont multiples. Ce sont la parésie du muscle vésical déterminée par le traumatisme du travail, l'atonie des muscles de la paroi abdominale que la grossesse a distendus et qui n'ont pas encore eu le temps de reprendre leur tonicité habituelle ni leur situation normale ; après l'accouchement en effet il existe souvent une véritable éventration par écartement des muscles grands droits dont le rôle est considérable dans l'effort de la miction. C'est enfin la position occupée par la femme ; le décubitus dorsal est peu favorable pour l'accomplissement de cette fonction.

Citons également comme cause de rétention les plaies de l'urèthre et du méat qu'on rencontre dans quelques cas et qui ont été produites par le passage de la tête fœtale ; elles appartiennent à la variété des traumatismes antérieurs de la vulve au cours de l'accouchement.

On doit toujours rechercher soi-même cette rétention après l'accouchement, et, lorsqu'à la première visite des suites de couches, on pose la question « avez-vous uriné ? » il ne faut pas se contenter d'une réponse affirmative, on doit examiner la région hypogastrique en la palpant avec soin. Cet examen sera répété les jours suivants et parfois on constatera une tumeur arrondie, fluctuante, plus ou moins tendue, occupant tantôt la ligne médiane, tantôt déplacée latéralement, le plus souvent du côté droit. L'attention devra être attirée de ce côté lorsqu'en palpant l'abdomen on trouvera l'utérus très incliné vers la gauche.

C'est le plus souvent chez les primipares qu'on rencontre cette paresse vésicale qui est extrêmement fréquente. La rétention cesse presque toujours d'elle-même, et il ne faut pas se croire obligé de vider la vessie lorsque celle-ci ne l'aura pas fait spontanément dans les quelques heures qui suivent l'accouchement. Il est bon d'oublier cette pratique ancienne qui conseillait le cathétérisme six à huit heures après la délivrance, d'abord parce qu'on évite ainsi d'infecter un organe bien préparé pour le développement des germes septiques, ensuite parce qu'on n'entretiendra pas la paresse vésicale. En attendant la miction spontanée, on n'est pas coupable de négligence, puisqu'on le fait de propos délibéré, on n'a pas à craindre d'accidents, lorsqu'on est averti de l'existence de la rétention. On veille, prêt à intervenir à la moindre alerte, signes d'intolérance vésicale ou distension trop considérable du réservoir urinaire.

Il fut un temps où la *cystite des suites de couches* n'était pas rare, c'était justement l'époque où le cathétérisme faisait partie des soins donnés dans les quelques heures qui suivent l'accouchement. A ce moment la vessie est toute pré-

parée pour l'infection, sa circulation est toujours très développée, une congestion nouvelle se produit même par suite de la disparition de la circulation placentaire ; de plus elle a été contusionnée par l'accouchement aussi bien naturel qu'artificiel, elle est en état de moindre résistance ; enfin elle se vide mal ou pas du tout et on sait combien toute rétention est une cause favorable pour le développement des micro-organismes qui sous cette influence peuvent devenir virulents. Telles sont les raisons pour lesquelles le cathétérisme est dangereux, car, malgré toutes les précautions antiseptiques qui ont pu être prises, il peut toujours entraîner les microbes qui sont au niveau du méat ou dans la portion terminale de l'urèthre. Ce qui prouve bien leur existence dans ces parages, ce sont les cas de cystite survenant en dehors de tout cathétérisme ; ils sont heureusement fort rares, peut-être même sont-ils des réveils de cystite ancienne déjà traitée et non complètement guérie ou même de cystites légères passées inaperçues jusque-là.

Les *infections dites puerpérales*, c'est-à-dire celles qui surviennent pendant les suites de couches, peuvent dans certains cas donner naissance à de la *cystite ;* les lochies purulentes sont alors le trait d'union entre l'infection utérine et l'infection vésicale. On a aussi considéré la voie sanguine comme moyen de transport des micro-organismes. Nous laissons de côté les infections qui peuvent se faire directement par suite de déchirures connues ou inconnues de la cloison vésico-vaginale, point de départ fréquent de fistules pouvant persister plus ou moins longtemps et réclamant souvent une intervention plastique.

Nous signalerons les *incontinences* plus ou moins durables qu'on constate quelquefois après la symphyséotomie et qui nécessitent certaines opérations comme la torsion de l'urèthre.

VOMISSEMENTS DITS INCOERCIBLES

Les vomissements sont fréquents au cours de la gravidité, particulièrement pendant les premiers mois. On a trop de tendance à les considérer comme des signes dits sympathiques de la grossesse et à ne pas leur attacher toute l'importance qu'ils méritent. Il n'y a pas en effet de limite précise entre ces vomissements, qui peuvent être plus ou moins abondants, et ces vomissements opiniâtres, qu'on a décrit sous le nom de vomissements incoercibles ; entre ces deux variétés il n'y a qu'une question de degré. C'est en luttant contre les premiers qu'on évitera les seconds, dont le pronostic est souvent fatal pour le produit de conception, qu'il faut parfois sacrifier, et pour la mère, qui peut en mourir.

Les vomissements au début de la grossesse sont bilieux, muqueux et alimentaires, ils apparaissent d'ordinaire à la fin du premier mois de la gestation pour disparaître vers le quatrième, ils peuvent cependant persister beaucoup plus longtemps et même pendant toute la durée de la grossesse.

Ils aboutissent parfois aux *vomissements incoercibles*, caractérisés par des vomissements constants ne permettant pas à la femme de conserver le moindre aliment, par une aggravation de l'état général, par de l'amaigrissement et par de l'accélération du pouls.

Les vomissements d'abord alimentaires deviennent bientôt muqueux ou glaireux, puis bilieux, ils s'accompagnent d'un état nauséeux continuel avec dégoût pour toute nourriture liquide et solide.

A la période d'état apparaissent une asthénie plus ou moins complète, de l'amaigrissement qui peut être très rapide, de l'accélération du pouls, 100 à 120 pulsations et même plus, qui fut considérée à un certain moment comme un état fébrile, enfin il y a diminution dans la quantité des urines éliminées, qui est très inférieure à un litre dans les vingt-quatre

heures ; celles-ci renferment souvent de l'albumine et sont très foncées.

Il n'est pas rare pendant cette période de voir apparaître du subictère et même de l'ictère, du ptyalisme, des névrites, en un mot d'autres manifestations de l'auto-intoxication gravidique.

La langue devient sèche et rouge sur les bords et au niveau de la pointe, la dépression s'accentue, et peu à peu surviennent le coma et la mort.

La durée de l'affection varie de quelques semaines à deux et trois mois, elle est d'autant plus courte que les organes de défense sont plus atteints. La maladie ne peut être enrayée qu'au début et pendant la période d'état. Celle-ci franchie, la terminaison est fatale quelle que soit la thérapeutique mise en œuvre, bien qu'en apparence il semble y avoir au commencement de la période terminale une amélioration trompeuse.

Un traitement pour être rationnel doit être avant tout pathogénique, malheureusement nos connaissances à ce point de vue sont encore très limitées. Ces vomissements sont sans aucun doute d'origine toxique, mais nous ne connaissons ni la nature du poison, ni son origine. Il est probable que certaines glandes à sécrétion interne ne sont pas étrangères à cet accident soit par hyperfonction, soit par hypofonction.

Dans ces derniers temps, on a incriminé la toxémie villeuse ; c'est en se basant sur cette idée pathogénique qu'on a essayé de pratiquer chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles des injections de sérum de femme enceinte normale. Les résultats sont encore peu nombreux et discordants, c'est pourquoi il ne nous est pas permis de développer pour le moment cette méthode thérapeutique dans le chapitre qui suit.

Traitement. — Le traitement des vomissements de la grossesse doit être divisé en deux chapitres bien distincts : l'un comprend la *thérapeutique médicale* qu'on doit appli-

quer dès l'apparition des vomissements ; l'autre est l'exposé du *traitement obstétrical*, qui ne sera mis en œuvre qu'après l'échec du premier, ce sera donc le plus souvent un traitement d'urgence ou de nécessité.

A. *Traitement médical.* — Il est impossible et inutile dans une étude de ce genre, qui doit être avant tout pratique, d'exposer les nombreux traitements tour à tour préconisés pour guérir les vomissements dits incoercibles.

On s'est adressé à tous les médicaments ayant une action sédative générale, comme la belladone, l'opium, la morphine, le chloral, l'eau de laurier-cerise, le valérianate de cérium, le bromure de potassium, la cocaïne, etc. ; les toniques et les calmants de l'estomac ont tous été employés : pepsine, koumys, bicarbonate de soude, mélange de Botkine, orexine basique, eau chloroformée, eau oxygénée, potion de Rivière, menthol, cocaïne. D'autres ont eu recours aux révulsifs locaux : sinapismes, ventouses, pulvérisations d'éther, pointes de feu sur le creux de l'estomac, sachet de glace sur la colonne vertébrale, ou aux antiphlogistiques : saignée générale, sangsues.

Les agents physiques ont été utilisés sous forme de massage et d'électricité. La suggestion sous toutes ses formes a également été mise à contribution.

Nous allons maintenant essayer de tracer la conduite à tenir qui nous paraît donner les meilleurs résultats. Elle est basée sur la théorie pathogénique qui réunit actuellement le plus grand nombre de suffrages et qui considère les vomissements déterminés par la grossesse comme étant dus à une intoxication. Son but est donc de ne laisser pénétrer dans l'organisme que le minimum de toxines et de favoriser l'élimination de celles qui y sont retenues ou qui s'y développent normalement. Pour cela, c'est au tube digestif qu'on devra s'adresser tout d'abord.

S'il s'agit de vomissements fréquents sans être incoercibles, on prescrit le traitement hydro-lacté, qui est exécuté de la façon suivante : prendre toutes les heures et alternati-

vement une tasse à thé de lait et un verre à Bordeaux d'eau de Vals, d'Alet ou d'Évian. Le lait sera chaud, froid ou glacé, pur ou coupé d'une des eaux minérales précédentes, bouilli ou cru, sucré ou salé ; en cas de dégoût de la malade pour le lait, il sera permis de l'aromatiser avec quelques gouttes d'essence de café, de thé, de vanille, de fleurs d'oranger. Pour éviter les fermentations buccales la malade devra se rincer la bouche après chaque tasse de lait avec une eau alcaline. En cas de dégoût pour le lait, on peut remplacer celui-ci par le képhir ou le koumys.

Le fonctionnement de l'intestin est l'objet d'une surveillance particulière ; on ordonnera deux fois par semaine du calomel à petites doses (0,25 centigrammes) et tous les jours un grand lavage intestinal à l'eau bouillie tiède. On emploiera pour cela le bock à injection et une longue canule molle en caoutchouc rouge ; la malade devra se coucher sur le côté droit et le bock à injection sera placé à un niveau qui ne dépassera pas 0,60 centimètres au-dessus du plan du lit. La quantité de liquide sera d'un litre environ, sa température de 37° à 38°, l'eau bouillie pourra être remplacée par du sérum artificiel : 10 grammes de sel marin pour 1.000 gr. d'eau.

Sous l'influence de ce traitement les vomissements diminuent rapidement, il est alors permis d'augmenter la quantité de lait ; on commencera par remplacer deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures l'eau par le lait ; on arrivera ainsi peu à peu à faire boire toutes les heures une tasse de lait.

L'alimentation ne devra être reprise qu'avec prudence et modération, on permettra d'abord des bouillies et des potages au lait, puis des pâtes alimentaires, des légumes secs ou verts : pommes de terre, lentilles, haricots, pois, racines, laitue, chicorée, riz. La viande blanche viendra ensuite ; les viandes rouges grillées ne seront autorisées que plus tardivement, il faut pour cela que tout vomissement ait cessé depuis au moins dix jours et que les urines soient normales comme qualité et quantité.

Si, malgré le traitement indiqué plus haut, les vomissements deviennent de plus en plus graves ou si l'on est appelé auprès d'une femme ayant des vomissements incoercibles, il faut alors avoir recours à un traitement plus énergique.

La première chose à faire c'est : 1° de supprimer toute absorption par la voie buccale pour laisser l'estomac se reposer ; 2° de calmer le système nerveux ; 3° d'évacuer et de désintoxiquer l'intestin ; 4° de parer aux pertes liquides par des injections sous-cutanées de sérum artificiel ; 5° de remonter l'état général.

Pour que ce traitement donne des résultats, il est absolument nécessaire de mettre auprès de la malade une garde intelligente et expérimentée qui l'applique rigoureusement.

Par la voie buccale on ne permettra que l'eau d'Évian ou de Thonon ; la malade la prendra glacée par cuillerées à café toutes les heures environ ; la quantité ne sera augmentée que si les vomissements deviennent moins fréquents.

Le système nerveux sera calmé par le chloral qu'on administrera en lavements :

Hydrate de chloral	2 à 4 grammes.
Lait tiède	100 —
Jaune d'œuf	n° 1

Ce lavement ne sera donné qu'après avoir vidé l'intestin ; on se servira d'une poire en caoutchouc ou d'une seringue à hydrocèle à l'embout de laquelle on adaptera une sonde de Nélaton de gros calibre. On pourra ainsi porter le liquide assez haut dans le rectum et l'y faire pénétrer très lentement, conditions indispensables pour qu'il soit gardé.

L'évacuation de l'intestin sera assurée par de grands lavements d'huile d'olives stérilisée (500 gr.) que la malade prendra couchée ; au bout d'une heure, on le fera suivre d'un grand lavage de l'intestin soit à l'eau bouillie, soit avec du sérum physiologique, un à deux litres. On peut remplacer

le lavement huileux par un lavement purgatif qui ne devra pas être rendu immédiatement.

Follicules de séné	àà	15 grammes.
Sulfate de soude		
Eau distillée		250 —

Les pertes liquides, conséquence des vomissements, seront combattues par des injections journalières de 300 à 500 gr. de sérum artificiel dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région fessière ou des parties antéro-externes des cuisses.

Enfin on remontera l'état général par des inhalations d'oxygène à la dose d'une cinquantaine de litres par jour, par des injections sous-cutanées d'un centimètre cube de la solution suivante :

Cacodylate de soude	0,15 centigrammes.
Eau distillée.	10 cent. cubes.

et par des lavements nutritifs qu'on renouvellera deux ou trois fois dans la journée.

Peptone sèche (une cuillerée à bouche). .	30 grammes.
Jaune d'œuf	n° 2
Chlorure de sodium	1 gramme.
Phosphate de soude	2 grammes.
Lait	150 —

On fera dans la journée deux frictions sur tout le corps, l'une dans la matinée au gant de crin, l'autre dans la soirée à l'eau de Cologne pharmaceutique ou à l'alcool camphré.

La température et surtout le pouls seront pris régulièrement chaque jour, matin et soir, et notés sur une feuille, on inscrira également le nombre de vomissements journaliers et la quantité d'urines éliminées dans les vingt-quatre heures. L'albumine sera recherchée et dosée cliniquement tous les jours.

Si le traitement, que nous avons développé plus haut, est appliqué avec méthode, on a les plus grandes chances de voir les vomissements diminuer de fréquence au bout de cinq à huit jours. C'est à ce moment-là qu'on permettra le lait, qui sera donné froid ou glacé d'abord par cuillerées à

café d'heure en heure, puis par cuillerées à potage. Les injections de cacodylate de soude seront faites pendant sept jours, interrompues pendant le même temps, puis reprises de nouveau, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'état général soit parfait. On peut remplacer le cacodylate de soude par l'arrhénal.

II. *Traitement obstétrical.* — Le résultat cherché n'est pas toujours obtenu soit parce que le traitement est mal ou insuffisamment appliqué, soit surtout parce qu'il est institué trop tard. Il n'y a plus qu'une ressource pour sauver la mère, c'est de sacrifier la grossesse, et encore à la condition de ne pas intervenir à une période trop avancée.

C'est là un des problèmes de pathologie obstétricale des plus difficiles à résoudre ; on se trouve pris entre les deux alternatives suivantes : interrompre une grossesse, qui aurait peut-être évolué normalement ou, en voulant trop sauvegarder celle-ci, mettre les jours de la mère en danger. Quelles sont donc les indications précises, qui commandent le sacrifice de la grossesse? Doit-on, comme Charpentier le conseillait, s'appuyer sur les pertes de poids de la malade, 300 gr. par jour pendant une semaine? Nous ne le croyons pas, d'abord parce que les pesées sont souvent difficiles à effectuer en clientèle, ensuite parce qu'il est difficile de placer journellement sur une balance une femme très affaiblie. Cette décision devra être prise en tenant compte de plusieurs facteurs : *état général* qui devient de plus en plus mauvais, *nombre des pulsations* qui se maintient d'une façon constante *au-dessus de* 100 *à la minute*, *quantité d'urines* qui est inférieure à 500 grammes.

Dès que l'interruption de la grossesse aura été décidée, il faudra agir vite. Si le col est perméable, on introduira dans l'utérus un petit ballon de Champetier de Ribes ou l'on aura recours à la dilatation rapide du col avec des bougies de Hégar, suivie immédiatement du curettage de l'utérus. Si le col au contraire est fermé, on commencera par le dilater avec des tiges de laminaires. En cas d'extrême urgence on

pourrait à la rigueur recourir à l'hystérotomie vaginale. Avant de provoquer l'avortement il est prudent, pour couvrir sa responsabilité, de demander un confrère en consultation et de rédiger avec lui une double ordonnance dans laquelle seront exposées toutes les raisons militant en faveur de cette grave décision. Une des ordonnances, signée des médecins et du mari, sera conservée précieusement, c'est là un petit conseil de pratique qu'il est bon de ne pas négliger.

VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS

Nombreuses sont les causes capables de déterminer des vomissements chez les enfants et particulièrement chez les nourrissons. Nous n'aurons en vue dans cet article que les vomissements apparaissant au cours du premier mois.

A cette époque les vomissements sont presque toujours dus à la suralimentation soit en quantité, tétées trop fréquentes ou trop abondantes, soit en qualité, lait trop riche en beurre ou en caséine. Dans certains cas le vomissement peut avoir une autre origine, il peut tenir au lait lui-même dont l'analyse révèle cependant une composition normale, ou au nourrisson qui peut être atteint de spasme du pylore, de hernie, de constipation et même d'obstruction intestinale. Aussi faut-il, chez tout nouveau-né qui vomit, faire un examen clinique approfondi, passer en revue ses orifices herniaires, l'aspect de son abdomen et se renseigner sur son mode d'alimentation, sur le nombre et la durée des tétées, sur ses évacuations, sur ses cris, sur la façon dont se produit le vomissement et sur ses caractères.

Il y a en effet de grandes différences entre le vomissement immédiat de lait liquide, véritable régurgitation, et le vomissement tardif de lait caillé, le plus souvent, une heure, deux heures après la tétée. Nous avons décrit précédemment le vomissement qui se rencontre le plus fréquemment en clinique (voir Gastro-entérite). Quant au vomissement dû à

l'hypo-alimentation il est rare, la balance seule permet de dépister cette cause.

Traitement. — *Les vomissements* des nouveau-nés sont presque toujours dus à la suralimentation, aussi devra-t-on régler les tétées comme durée et comme quantité, et laisser entre elles un intervalle de trois heures. En même temps on veillera au fonctionnement régulier de l'intestin par des lavages à l'eau bouillie tiède.

Si les vomissements continuent sans augmenter de fréquence, on ordonnera avant chaque tétée ou dans chaque biberon une cuillerée à café de :

Citrate de soude fraîchement préparé. . .	5	grammes.
Sirop simple.	20	—
Eau stérilisée.	100	—

Si au contraire les vomissements augmentent ou s'ils sont d'emblée presque continus, on instituera la *diète hydrique*. Pour cela on donnera toutes les deux heures et demie une quantité d'eau filtrée bouillie ou d'eau d'Evian, d'Alet, légèrement tiédie, égale à la quantité de lait que l'enfant devrait boire. La diète hydrique sera maintenue pendant vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures.

Lorsque l'enfant est élevé au sein, cet allaitement sera repris mais d'une façon très modérée; on commencera par ne donner dans les vingt-quatre heures que trois tétées espacées de cinq heures ; dans l'intervalle on continuera l'eau bouillie.

Lorsque l'enfant est élevé au biberon, il devra prendre :

ou trois biberons composés de moitié lait et moitié eau bouillie, un toutes les six heures, et dans l'intervalle des biberons d'eau bouillie ;

ou toutes les deux heures et demie un biberon de bouillon de légumes préparé avec les quantités suivantes :

Pommes de terre.	60	grammes.
Carottes.	40	—
Navets.	20	—
Pois secs	ãã 10	—
Haricots secs.	ãã 10	—
Eau.	1 litre 1/2.	

qu'on fera bouillir pendant quatre heures ; on le passera, on le ramènera à un litre en y ajoutant de l'eau bouillie et on le salera avec une cuillerée à café de sel.

Le bouillon de légumes sera donné pendant deux ou trois jours et même plus.

On reprendra ensuite le régime lacté en suivant la progression indiquée précédemment.

Dans les cas où les vomissements persistent ou se reproduisent, il est indiqué de changer de nourrice si l'enfant est nourri au sein, ou de lui en donner une, s'il est élevé au biberon.

Quant aux vomissements déterminés par une hypo-alimentation, ils sont rares ; la balance seule peut en révéler la cause si l'enfant est allaité au sein. Il faut alors augmenter la quantité de lait prise à chaque tétée soit en laissant l'enfant plus longtemps au sein, soit en complétant les tétées avec du lait de vache dans le cas où la nourrice est insuffisante.

Nous n'avons en vue, bien entendu, que les nouveau-nés, car chez les nourrissons plus âgés les vomissements peuvent avoir une autre origine et nécessiter une ligne de conduite différente.

VULVAIRES (TRAUMATISMES)

Les traumatismes de la vulve sont fréquents au cours de l'accouchement surtout chez les primipares, ils sont en effet bien souvent constitués par des extensions de l'éclatement normal de l'hymen.

Les lésions propres à la vulve intéressent d'ordinaire les petites lèvres et la commissure postérieure ; elles risquent de passer inaperçues si on ne les recherche pas systématiquement après chaque accouchement. Pour cela le siège sera surélevé et la vulve bien éclairée, les jambes seront fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur le bassin, les membres

inférieurs seront écartés au maximum. L'accoucheur aura sous la main une solution antiseptique tiède dans laquelle reposeront des carrés de coton hydrophile. D'une main on écarte d'abord les grandes lèvres, puis les petites lèvres ; on nettoie avec douceur la face interne de celles-ci, la fourchette et la région vestibulaire, qui sont baignées par le sang venant de l'utérus. On a ainsi sous les yeux tous les organes génitaux externes.

On peut alors constater les différentes lésions. Du côté des petites lèvres tantôt il s'agit d'une simple éraillure, tantôt il y a une véritable solution de continuité de forme elliptique, tantôt enfin la petite lèvre est déchirée dans toute son épaisseur et divisée en deux parties ou même arrachée.

Les déchirures de la fourchette se confondent avec les déchirures du périnée.

Les plaies antérieures siègent au niveau du méat, du vestibule, du clitoris et de ses organes de protection.

Ces différents traumatismes peuvent s'accompagner immédiatement d'hémorragies, surtout lorsqu'ils intéressent la région clitoridienne, et tardivement de complications infectieuses : fausses membranes riches en micro-organismes, adénites, phlegmons. Dans certains cas ils ont un retentissement plus éloigné ; persistant sous forme de fissures, ils sont le point de départ d'un véritable vaginisme qui ne disparaît qu'après guérison de l'érosion.

Traitement. — Le traitement prophylactique est le même que celui que nous avons étudié précédemment (voir PÉRINÉE).

La plaie vulvaire existe, quelle conduite tenir ? S'il s'agit d'une éraillure linéaire et superficielle, il suffit de la surveiller, de la recouvrir d'une poudre isolante et antiseptique, salol, acide borique pulvérisé, dermatol, et d'un peu de gaze ; mais, si la déchirure dépasse la couche superficielle, les lèvres de la plaie s'écartent, il est alors nécessaire de les rapprocher et de les maintenir en contact pour obtenir leur réunion par première intention. Certains accoucheurs ont

encore recours aux serre-fines qu'ils laissent en place douze à vingt-quatre heures ; les résultats obtenus sont excellents si les soins locaux, qui suivent l'accouchement, sont donnés par une personne expérimentée, comme cela se passe à l'hôpital ou dans la clientèle riche. Dans la médecine journalière c'est l'exception, il est préférable alors d'avoir recours aux points de suture ; dans tout arsenal obstétrical doivent se trouver une aiguille de Reverdin, de Moij, etc., et des crins de Florence.

La région vulvaire sera nettoyée avec soin et bien éclairée, on fera autant de points de suture que le comportera la longueur de la plaie. Celle-ci sera ensuite recouverte d'une poudre antiseptique absorbante et d'un peu de gaze, les jambes seront rapprochées et maintenues par une serviette nouée au-dessus des genoux. Le pansement devra être refait après chaque toilette vulvaire et les fils seront enlevés le huitième jour.

En présence d'une hémorragie d'origine vulvaire se produisant aussitôt après l'expulsion du fœtus, on placera une pince à forcipressure sur le vaisseau qui saigne, s'il est apparent, sinon on fera une légère compression ; puis, la délivrance terminée, on appliquera une ligature sur le vaisseau ; d'ordinaire la suture de la plaie suffit à assurer l'hémostase.

La suture est donc le seul procédé vraiment chirurgical puisqu'il a l'avantage d'arrêter toute hémorragie immédiate ou secondaire, de fermer la porte à l'infection, de redonner à la région son aspect normal et enfin d'éviter ces longues cicatrisations trop souvent difformes. Si les solutions de continuité sont très superficielles, on peut employer pour réunir les bords de la plaie des agrafes de Michel grand modèle.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Pages

A

Accouchement normal . . 1
— prématuré provoqué 11
Accouchement prématuré spontané 21
Acné des nouveau-nés . . 23
Albuminurie 23
Allaitement. 42
Aménorrhée. 61
Anémie pernicieuse progressive. 63
Anesthésie en obstétrique . 65
Antisepsie — . 71
Appendicite et puerpéralité. 78
Antéversion de l'utérus gravide 85
Asthme et puerpéralité . . 87
Auto-intoxication gravidique. 89
Arthropathies gravidiques. 98
Avortement. 101
— thérapeutique. 114

B

Bains 117
Basiotripsie 119
Bassin (Rétrécissement du) . 125
Bec-de-lièvre 126
Berceau 128
Blennorragie et puerpéralité 128
Bosse séro-sanguine . . . 137
Bouillies 139
Bouillon de légumes. . . 140
Brides amniotiques . . . 141

C

Cancer du col et puerpéralité 142
Cardiopathies et puerpéralité 150
Circoncision. 194
Claudication (Bassins viciés par). 196
Code obstétrical 200
Col de l'utérus. 201
Coliques hépatiques puerpérales. 220
Constipation 223
Consultation de nourrissons 228
Convulsions 231
Cordon ombilical 232
Coryza des nouveau-nés. . 241
Couveuse 241
Coxalgie (Bassins viciés par). 243
Craniotomie. 245

Pages

Curage digital 247
Curettage 250
Cystite 256
Cyphose (Bassins viciés par). 257
Cystocèle. 260

D

Dacryocystite des nouveau-nés 261
Débilité congénitale . . . 262
Déciduome malin 262
Délivrance 264
Dermatoses et grossesse. . 279
Déviations de l'utérus gravide 281
Diarrhée 284
Diabète. 285
Dilatation artificielle du col. 290
— du col (Modifications dans la) 298
Douleurs abdominales pendant la puerpéralité (Séméiologie des) 311
Dyspnée 318
Dystocie 319

E

Éclamptiques (Crises) . . 319
Eczéma du nourrisson . . 333
Embryotomie 336
Encéphalocèle 340
Épaules (Dystocie des) . . 341
Épaule (Présentation de l'). 355
Érythème chez le nourrisson 351
Éventration 352
Éviscération 355

F

Face (Présentation de la) . 356
Fécondation artificielle . . 362

Pages

Fibromes et puerpéralité . 366
Fœtus (Excès de volume du) 371
Fœtus (Traumatismes du) . 377
Forceps 383
Front (Présentation du). . 389

G

Gastro-entérite et troubles digestifs des nourrissons. 392
Gavage 405
Gémellaires (Grossesse et accouchement) 406
Gingivite. 411
Glycosurie gravidique . . 413
Goitre puerpéral 414
Grossesse 418
Grossesse extra-utérine . . 427

H

Hématuries gravidiques. . 436
Hémorragie pendant la grossesse 438
Hémorragies déterminées par l'insertion du placenta sur le segment inférieur . 443
Hémorragie rétro-placentaire 449
Hémorragies du nouveau-né 453
Hémorroïdes 454
Hernies et grossesse . . . 456
Hydramnios. 459
Hydrocèle-vaginale congénitale 464
Hydrocéphalie 465
Hydrorrhée déciduale . . 471
Hystérectomie pendant la puerpéralité 473
Hystéropexies et grossesse. 475

Pages

I

Ictère gravidique 479
— des nouveau-nés . . 481
Impaludisme et grossesse . 486
Impétigo 489
Inertie utérine 490
Infection amniotique. . . 494
— obstétricales du nouveau-né 499
Infection puerpérale . . . 503
Injection intra-utérine . . 515
— vaginale. . . . 518
Interventions abdominales portant sur l'utérus pendant la grossesse . . . 520
Intoxications chroniques . 523
Inversion utérine 530
Involution utérine . . . 544
Ischio-pubiotomie. . . . 547

K

Kyste de l'ovaire et grossesse 548

L

Lait 558
Les laits 561
Lavage de l'estomac . . . 566
— l'intestin . . . 567
Layette 568
Leucorrhée gravidique . . 570
Lochies 571
Lever des accouchées . . 574

M

Maladies aiguës et grossesse. 580
Malformations utérines . . 583
Mammite des nouveau-nés . 585
Masque de la grossesse . . 586
Médecine légale obstétricale. 587

Pages

Médicaments à éviter . . 592
Membranes 592
Menstruation et puerpéralité 605
Môle hydatiforme 607
Métrite cervicale gravidique. 610
Mort apparente du nouveau-né 612
Mort du fœtus pendant la grossesse 627
Mort subite pendant la puerpéralité 629
Muguet 630

N

Nægelé (Bassin de) . . . 632
Naines — . . . 634
Névralgies gravidiques . . 635
Névrite gravidique . . . 637
Nourrices 644
Nouveau-né. 646

O

Obésité et grossesse . . . 653
Occlusion intestinale pendant la puerpéralité . . 655
Œdème 659
Ombilic 661
Ophtalmie purulente. . . 664
Ostéomalacie 666

P

Paralysies obstétricales . . 668
Ptyalisme 670
Périnéorraphie après l'accouchement 671
Phlegmatia alba dolens . . 681
Porro (Opération de) . . . 684
Prématurés 688
Procidence du cordon . . 703

Pages

Procidence des membres . 706
Prolapsus de l'utérus gravide. 708
Psychoses puerpérales . . 711
Prurit vulvaire 711
Putréfaction fœtale . . . 714
Pyélonéphrite gravidique . 721

R

Rachitisme (Bassins viciés par). 726
Radiographie 737
Régimes 739
Relâchement des symphyses 741
Rétention placentaire . . 743
Retour de couches . . . 747
Rétroversion de l'utérus gravide 749
Robert (Bassin de) . . . 753
Rupture de l'utérus . . . 753

S

Scoliose (Bassins viciés par). 760
Sclérème. 762
Seins (Complications du côté des) 762
Sérothérapie 768
Sevrage 769
Siège (Présentation du) . . 771
Symphyséotomie 782

Pages

Suites de couches physiologiques 785
Syphilis et grossesse . . 789
Syphilis héréditaire précoce. 796

T

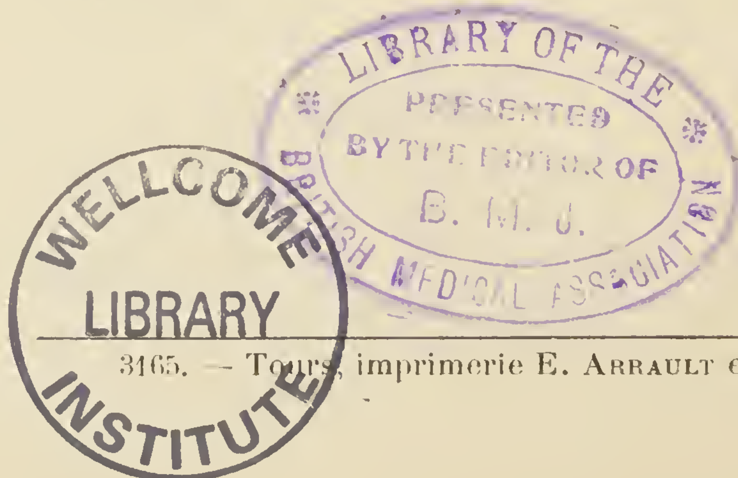
Tranchées utérines . . . 804
Thrombus puerpéral . . . 806
Tamponnement. 810
Toucher manuel 814
Trousse obstétricale . . . 827
Tuberculose et puerpéralité. 828

U

Urines (Examen des) . . 835
Utérine (Dystocie) . . . 839

V

Vaccination 841
Vagin (Déchirures du) . . 844
Vaginite pendant la grossesse 849
Varices 850
Végétation de la grossesse. 852
Version 853
Vessie (Troubles vésicaux de la puerpéralité) . . . 864
Vomissements dits incoercibles 874
Vomissements des nourrissons 881
Vulvaires (Traumatismes). 883



3165. — Tours, imprimerie E. ARRAULT et Cie.

Vigot Frères

Éditeurs



MANUELS
de
MÉDECINE PRATIQUE

PARIS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

